

別記第1号様式（第4条関係）

（表）

下松市寝たきり高齢者等介護見舞金支給申請書

年 月 日

下松市長 様

介護見舞金の支給を受けたいので、下松市寝たきり高齢者等介護見舞金支給要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。また介護見舞金の支給対象要件の確認に必要な範囲内で、要介護状態区分、介護サービスの給付状況等について、市が調査することに同意します。

申請者（介護者：寝たきり高齢者等を常時介護している人）

住 所

氏 名

連絡先

介護を受けている人との続柄（ ）

寝たきり高齢者等について			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		電話番号	
介護保険 被保険者 証の内容	被保険者番号		
	要介護状態区分	要介護4 ・ 要介護5 (どちらかに○で囲んでください)	
	認定年月日	年 月 日	
	認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	

振込先を下記の枠内に記入してください。（原則、申請者の口座とします。）

振込先口座									
金融機関名	銀行・金庫				本店・支店・本所				
	農協・漁協				支所・出張所				
※通帳の写し等を裏面に添付すること									
	店番								
預金種別	1.普通 2.当座		口座番号						
口座名義人	カナ				連絡先 ()				
※申請者連絡先と同じ場合は、省略可									

裏面あり

(裏)

※申請者（介護者）と口座名義が異なる場合は、記入してください
介護見舞金の受取を上記口座名義人に委任します。

委任者 _____ 申請者との続柄 (_____)

委任する場合は、介護者及び委任者の本人確認資料の写しを添付してください。

【申請者全員記入欄】

寝たきり高齢者等が昨年10月1日から今年9月30日までの間に入院または入所していた期間がありますか。

(ない ・ ある)

ある場合は、記入をお願いします。

寝たきり高齢者等の状況	期 間
・施設入所(名称 _____)	年 月 日 ~ 年 月 日
・入院(名称 _____)	年 月 日 ~ 年 月 日
・その他(_____)	年 月 日 ~ 年 月 日

【下記に該当する場合、支給対象外となります。】

※寝たきり高齢者等が昨年10月1日から今年9月30日までの間で通算6月以上医療機関に入院し、又は老人保健施設等に入所したとき。

【誓約・同意事項】

※以下の項目を確認し、□にチェック(✓)してください。

(チェック(✓)がない場合、支給対象に該当せず、見舞金を受け取れません。)

申請者は、下松市寝たきり高齢者等介護見舞金支給要綱第2条の寝たきり高齢者等の介護者であって、次のいずれかに該当します。

- (1) 寝たきり高齢者等と同居し、在宅で常時介護していた者
- (2) 寝たきり高齢者等と別居し、1日のうち半日以上常時介護していた者

添付書類貼付欄