様式第１号（第２条関係）

栄村家庭介護者慰労金支給申請書

年　　　月　　　日

栄村長　　様

申請者　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

下記のとおり、栄村家庭介護者慰労金の支給を受けたいので、申請します。

　なお、必要に応じて入所、入院期間等について担当ケアマネージャー、医療機関等へ照会すること、又介護保険に係る給付状況について帳簿を閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被介護者 | 住　　所 | 栄村大字 | | | | 電話番号 | |  |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | | | |
| 年　　齢 | | 歳 |
| 身体状況 | 1 | 要介護認定：　要介護　１・２・３・４・５　　　　　　　（いずれかに〇）  認知症高齢者の日常生活自立度：　Ⅲａ ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ М | | | | | |
| 2 | 対象期間 | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日の間 | | | |
| 日 | | | |
| 対象外日数 | | 通算　　　　　　　　　日 | | | |
| 在宅介護日数 | | 通算　　　　　　　　　日 | | | |
| 主たる介護者 | 住　　所 | 栄村大字 | | | | | 電話番号 |  |
| 氏　　名 |  | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 被介護者との続柄 | | |  | | | 年　　齢 |  |
| 担当ケアマネージャー | | | | 事業所名 | | | 氏名 | |

以下村記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日 | 課　長 | 係　長 | 担　当 | 係　員 |
| 支給を　決　定　・　却　下　する |