

家族介護慰労事業支給申請書

(あて先)紀の川市長

住 所 紀の川市

(介護している者)氏 名

次のとおり家族介護慰労金品の支給を申請します。

介護を受ける者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所	紀の川市	番地	電話番号	
世帯員の構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考
					生計中心者
介護した期間 (過去1年間)	年 月 日から 年 月 日まで				
期間中の状況	介護保険	利用していない      利用している			
	入院	していない した(病院 ) (期間 )			
特別障害者手当	受給していない      受給している				
世帯課税状況	市町村民税非課税	市町村民税課税	在宅でない期間	日	
介護保険制度の要介護度	要介護度4	要介護度5	該当(16・10・6)・非該当		

添付書類 要介護認定結果通知書写・市町村民税非課税証明書(世帯全員)

その他市長が必要と認める書類