

様式第 1 号(第 6 条関係)

介護自立支援事業家族介護慰労金支給申請書

令和 年 月 日

宇城市長 様

介護者 (申請者)	氏名		要介護者との 続柄		生年 月 日	年 月 日
	住所	〒 ー		電話番号		
		宇城市			年齢	
要介護者 (介護を 必要と する人)	氏名				生年 月 日	年 月 日
	住所	宇城市			年齢	
	介護度	要介護 2(※)・要介護 3 要介護 4 ・ 要介護 5	要介護度 有効認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
介護の状況						
要介護 2 又は 3 以上になった日		年 月 日	家庭内で 介護を 始めた日	年 月 日		

介護自立支援事業家族介護慰労金の支給を申請します。

※ 介護度が要介護 2 の認定を受けたもの、かつ、介護保険認定調査時の主治医意見書において認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上のものが対象となる。

同意書及び誓約書

介護自立支援事業家族介護慰労金を受けるために宇城市が保有する被保険者の介護保険の要介護認定に係る調査内容、それに係る判定結果、及び介護保険の給付状況及び診療報酬明細書を利用することに同意します。

また、介護者が申請者のほかに複数いる場合は、申請者が代表して介護自立支援事業家族介護慰労金の申請及び受領を行うことについて同意済みであり、支給決定後及び慰労金受領後には、申請者又は他の介護者から宇城市に異議を申し立てないことを誓約します。

介護者(申請者)氏名 (※)

※介護者(申請者)が手書きしない場合は記名押印してください。