

家族介護慰労金給付申請書

年 月 日

函館市長 あて

申請する日
を記入

次のとおり、家族介護慰労金の給付を申請します。

申請者（介護者）および被介護者は、市が給付の可否を決定する際に、被介護者の介護保険関係情報および入院履歴、申請者（介護者）世帯および被介護者世帯の市民税の課税状況を調査することに同意します。

介護をして
いるご家族

申請者 (介護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	()
	住 所	〒		
	電話番号		被介護者との 関係（続柄）	

日中連絡の
とれる番号

介護を
受けている方

申請者(介護者) の口座です	被介護者 番号																	要介護度	2・3・4・5
	フリガナ		生年月日	年 月 日															
	氏 名		年 齢	() 歳															
	住 所	〒		電話 番号															
対象期間	※市で記載します。																		

振込先 (金融機関 ゆうちょ 銀行以外)	銀行 信用金庫	本店 支店	普通 当座 貯蓄	口 座 番 号			
	フリガナ						
	口座名義人						

振込先 (ゆうちょ 銀行)	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄に記入)				通帳番号 (右詰で記入)			
					※			
	フリガナ							
	口座名義人							

※ゆうちょ銀行（郵便局）の通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された、記号および番号を記入してください。

※裏面には記入しないでください。

函館市記入欄

介護状況 確認欄	<p>※市が窓口または電話で確認し記載しますので、 記載しないでください。</p>	
	受付者	氏名：

課税状	申請者（介護者）世帯	課税	・	非課税
生活保護 状況	<p>記載しないでください。</p>			
認定状				
長期入院				
介護サ 利用状				
決定区 方				
	該当	・	非該当	担 担 担