

(様式第 1 号)

家族介護慰労金支給申請書

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号															
			要介護度	4 ・ 5														
家族介護の始期	年 月 日		1年間到達日	年 月 日														
生 年 月 日	明・大・昭		年 月 日	性別	男・女													
住 所	女川町																	
	電話 ー																	
申 請 額	100,000万円																	
区 分	氏 名		生 年 月 日	性別	介護保険被保険者番号													
世帯構成	世帯主		・ ・	男・女														
	世帯員		・ ・	男・女														
				・ ・	男・女													
				・ ・	男・女													

女川町長 殿

上記のとおり家族介護慰労金支給事業実施要領に基づき、家族介護慰労金の支給を申請します。

年 月 日

住 所 女川町

支給対象者

電話 ー

(同居の家族) 氏 名

Ⓜ 本人との関係

家族介護慰労金を下記の口座に振り込んでください。

口座振替	銀行 信用金庫 県漁連	本店 支店 支所	種 目	1	普通貯金													
	金融コード	店舗コード		2	当座貯金													
依頼欄			口座番号															
	フリガナ																	
	口座名義人																	

※町記入欄

要介護度の要件	介護サービスを利用しない期間の要件	同居の要件	町民税課税状況	備 考
<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当	
<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	