

様式第 1 号（第 5 条関係）

大鰐町家族介護慰労金支給申請書

申請日 令和 年 月 日

大鰐町長 山田 年伸 殿

大鰐町家族介護慰労金の支給を受けるため、次のとおり申請します。

申請者 (主介護者)	フリガナ 氏名		要介護者との続柄		
	住所	〒		電話番号	- -
	主な 居住地	※住所地と同じ場合は空欄 〒			
フリガナ 要介護者氏名			被保険者番号		
慰労金の支給対象となる期間		令和 年 1 月 1 日～令和 年 1 2 月 3 1 日			
要介護者の 過去 1 年間の 入院等の状況	有 ・ 無	医療機関名			
		入院期間	年 月 日～	年 月 日	
		医療機関名			
		入院期間	年 月 日～	年 月 日	
		医療機関名			
		入院期間	年 月 日～	年 月 日	

振込先口座	金融機関名	支店名	預金 種目	口座番号					
	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	普通 当座						

※口座が確認出来るよう、通帳のコピーを添付してください。