

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

上野原市長 宛

住 所 上野原市
氏 名
電話番号

上野原市家族介護慰労金支給申請書

上野原市家族介護慰労金の支給を受けたいので、上野原市家族介護慰労金支給実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

要介護者	住 所	上野原市		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	要介護認定（更新）日	年 月 日			
	過去1年間の入院状況	年 月 日～ 年 月 日（医療機関名） 年 月 日～ 年 月 日（医療機関名）			
	支給要件確認	<input type="checkbox"/> 市の住民基本台帳に1年以上記録されている。 <input type="checkbox"/> 申請月の前月までの1年間の要介護状態区分が要介護4又は5である。 <input type="checkbox"/> 医療機関への入院期間が通算して90日未満である。 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与等を除く介護サービス利用日数が通算して10日以内である。 <input type="checkbox"/> 申請者と同居又は同一敷地内に居住している。			
居宅支援事業所名					

振込先

金融機関名	銀行・農協 信金・信組 ()	本店・支店 本所・支所 ()
預金種目	普通（総合） ・ 当座 ・ その他 ()	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

（注）口座名義人は、申請者と同一の名義としてください。