

在宅高齢者家族介護慰労金支給申請書

(あて先) 宇都宮市長

宇都宮市在宅高齢者家族介護慰労金支給条例第3条及び宇都宮市在宅高齢者家族介護慰労金支給事業実施要綱第2条の要件を満たしましたので、条例第5条第1項の規定に基づき申請します。

なお、家族介護慰労金の支給決定のため、必要な条例第3条の支給要件の確認に係る調査及び市税等の納付状況を調査することに同意します。

申請者	フリガナ							生年	大正	年	月	日
	氏名	(印) <small>本人自署の場合、押印省略可</small>						月日	昭和			
	住所	〒 ー ー 宇都宮市										
		電話番号： ー ー										
	■申請にかかる介護の期間		年	月	日	～	令和	年	月	日		
			年	月	日	～	令和	年	月	日		
	■旧・在宅高齢者家族介護慰労金の受給歴											
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		〔受給者：		・令和		年	月	分まで〕			

要介護高齢者	フリガナ							生年	明治	年	月	日
	氏名							月日	大正		(歳)
	住所	宇都宮市										
	介護保険	被保険者番号	0	0	0							
	■介護にかかる認定の有効期間		年	月	日	～	令和	年	月	日	要介護4・要介護5	
			年	月	日	～	令和	年	月	日	要介護4・要介護5	
加入健康保険	被保険者	住所										
		氏名				被保険者との続柄						
	保険者名称						被保険者証	記号：				
	保険者番号							番号：				
	保険者所在地											
支払希望金融機関	金融機関名		支店名		種目		口座番号					
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所 支所		1 普通預金 2 当座預金							
	金融機関コード		支店コード		フリガナ							
					口座名義人							

※支払希望金融機関は、通帳を確認のうえ記入してください。

※金融機関コード・支店コードは、記入しないでください。

※ 審査内容

■介護保険・医療の利用状況

	審査対象月	介護サービスの受給	入院	備 考
1	年 月			
2	年 月			
3	年 月			
4	年 月			
5	年 月			
6	年 月			
7	年 月			
8	年 月			
9	年 月			
10	年 月			
11	年 月			
12	年 月			
13	年 月			
14	年 月			
15	年 月			

* ○：あり ×：なし

■市税等の完納状況

	市税等の種類	納 付 状 況	備 考
1	市民税	完・未・非・未申（ 年度）	
2	固定資産税	完・未・非・未申（ 年度）	
3	軽自動車税	完・未・非・未申（ 年度）	
4	国民健康保険税	完・未・非・未申（ 年度）	
5	介護保険料	完・未・非・未申（ 年度）	
6		完・未・非・未申（ 年度）	
7		完・未・非・未申（ 年度）	

* 完→完納, 未→未納, 非→非課税, 未申→未申告

受 付	決 定 状 況	支 払 予 定
	支給・不支給（未認定・認定相違・介護サービスの利用あり・入院等・市税等の未完納）	

在宅高齢者家族介護慰労金支給申請書

(あて先) 宇都宮市長

宇都宮市在宅高齢者家族介護慰労金支給条例第3条及び宇都宮市在宅高齢者家族介護慰労金支給事業実施要綱第2条の要件を満たしましたので、条例第5条第1項の規定に基づき申請します。

なお、家族介護慰労金の支給決定のため、必要な条例第3条の支給要件の確認に係る調査及び市税等の納付状況を調査することに同意します。

申請者	フリガナ	うつのみや はなこ		生年 月日	大正	〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	宇都宮 花子 (印)			昭和	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 宇都宮市△△町〇〇番地		電話番号: 〇28-〇〇〇-〇〇〇〇		
	■申請にかかる介護の期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日		令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日		
■旧・在宅高齢者家族介護慰労金の受給歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [受給者: 平成 年 月分まで]					

要介護高齢者	フリガナ	うつのみや たろう		生年 月日	明治	〇〇年〇〇月〇〇日				
	氏名	宇都宮 太郎			大正		(〇〇 歳)			
	住所	宇都宮市△△町〇〇番地								
	介護保険	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	■介護にかかる認定の有効期間 令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日 要介護4・要介護5 令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日 要介護4・要介護5						
加入健康保険	被保険者	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇							
	氏名	〇〇 〇〇		被保険者との続柄	〇〇					
	保険者名称	〇〇〇〇		被保険者証	記号: 〇〇〇〇					
	保険者番号	〇〇〇〇			番号: 〇〇〇〇					
保険者所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇									
支払希望金融機関	金融機関名	支店名	種目	口座番号						
	〇〇 銀行	〇〇 本店	1 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
	信用金庫	支店	2 当座預金							
	信用組合	出張所	フリガナ	うつのみや はなこ						
金融機関コード	支店コード	口座名義人	宇都宮 花子							

※支払希望金融機関は、通帳を確認のうえ記入してください。

※金融機関コード・支店コードは、記入しないでください。

※ 審査内容

■介護保険・医療の利用状況

	審査対象月	介護サービスの受給	入院	備 考
1	年 月			
2	年 月			
3	年 月			
4	年 月			
5	年 月			
6	年 月			
7	年 月			
8	年 月			
9	年 月			
10	年 月			
11	年 月			
12	年 月			
13	年 月			
14	年 月			
15	年 月			

裏面は記入しないでください。

* ○：あり ×：なし

■市税等の完納状況

	市税等の種類	納 付 状 況	備 考
1	市民税	完・未・非・未申（ 年度）	
2	固定資産税	完・未・非・未申（ 年度）	
3	軽自動車税	完・未・非・未申（ 年度）	
4	国民健康保険税	完・未・非・未申（ 年度）	
5	介護保険料	完・未・非・未申（ 年度）	
6		完・未・非・未申（ 年度）	
7		完・未・非・未申（ 年度）	

* 完→完納, 未→未納, 非→非課税, 未申→未申告

受 付	決 定 状 況	支 払 予 定
	支給・不支給（未認定・認定相違・介護サービスの利用あり・入院等・市税等の未完納）	