

様式第1号(第6条関係)

家族介護慰労金 支給申請書
介護用品

年 月 日

芦北町長 竹 崎 一 成 様

申請者(介護者)

住所 芦北町大字 番地
(地区名)

氏名 (要介護者との続柄) (印)

(電話番号 -)

次のとおりですので、家族介護慰労金及び介護用品を支給くださるよう申請します。

介護者の名 氏 名	生年 月 日	年 月 日	年齢 性別	歳 男・女
要介護者の名 氏 名	生年 月 日	年 月 日	年齢 性別	歳 男・女
要介護者の状 況	1 65歳以上の者で寝たきりの状態にあるもの 2 65歳以上の者で認知症の状態にあるもの 3 介護保険の要介護4又は5に相当する町民税非課税世帯の在宅高齢者 4 介護保険の要介護4又は5に相当する町民税非課税世帯の在宅高齢者 であって1年間介護保険のサービス(年間1週間程度のショートステイを 除く。)を受けなかったもの			
介護の状況	歩 行 自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助 排 泄 自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助 食 事 自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助 入 浴 自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助 着脱衣 自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助 その他 ()			
寝たきりの状 態になった日	年 月 日	家庭内で介護を 始めた日	年 月 日	
世帯全員の前 年町民税課税 額	円			
介護保険認定 申請の有無 (該当するも のに○をつけ てください。)	1 あり(要介護4・要介護5・その他) 2 なし			

※添付書類 住民票謄本 1通

世帯全員の町民税課税証明書 1通