

栗原市家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

栗原市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号
続 柄

栗原市家族介護慰労金支給事業実施要綱第4条第1項の規定により、栗原市家族介護慰労金の支給を申請します。

なお、栗原市家族介護慰労金の支給の決定のため必要があるときは、市が保有する公簿等及び関係機関への照会等により市が確認することについて同意します。

要介護者の状況	氏名		生年月日	年	月	日	(歳)
	住所						
	被保険者番号						要介護度
	対象期間	年 月 日から		年 月 日まで			
	介護保険サービスの利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護 利用日数 (日) ・短期入所療養介護 利用日数 (日) 					
入院の期間	病院名	期 間					
		年 月 日から	年 月 日まで				
		年 月 日から	年 月 日まで				
口座振込	金融機関名	種 目					
		1 普通 2 当座 3 その他					
	支店名	口座番号					
	フリガナ						
	口座名義人						

※振込口座は申請者の名義とする。