

令和6年度介護慰労金給付申請書

足利市長あて

次のとおり、令和6年度の介護慰労金の給付を申請します。

なお、介護慰労金の給付決定のため、必要な給付要件の確認に係る調査及び介護保険料や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   |       |  |  |       | 生年月日    | 大正 |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
|          | 氏名     |       |  |  |       |         | 昭和 |  |  |  |   |   |   |
|          | 住所     | 〒     |  |  |       |         |    |  |  |  |   |   |   |
|          | 電話番号   |       |  |  |       | 高齢者との続柄 |    |  |  |  |   |   |   |
| 支払希望金融機関 | 金融機関名  | 支店名   |  |  | 種目    | 口座番号    |    |  |  |  |   |   |   |
|          | 銀行     | 本店    |  |  | 普通預金  |         |    |  |  |  |   |   |   |
|          | 信用金庫   | 支店    |  |  | フリガナ  |         |    |  |  |  |   |   |   |
|          | 信用組合   | 出張所   |  |  | 口座名義人 |         |    |  |  |  |   |   |   |
|          | 農業協同組合 | 支所    |  |  |       |         |    |  |  |  |   |   |   |
|          | ゆうちょ銀行 | 記号    |  |  |       | 番号      |    |  |  |  |   |   |   |
|          |        | フリガナ  |  |  |       |         |    |  |  |  |   |   |   |
|          |        | 口座名義人 |  |  |       |         |    |  |  |  |   |   |   |

|        |  |   |  |  |  |      |    |  |  |  |   |   |   |
|--------|--|---|--|--|--|------|----|--|--|--|---|---|---|
| 要介護高齢者 | フリガナ   |   |  |  |  | 生年月日 | 明治 |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
|        | 氏名   |   |  |  |  |      | 大正 |  |  |  |   |   |   |
|        | 住所   | 〒 |  |  |  |      |    |  |  |  |   |   |   |
|        | 介護保険被保険者番号   |   |  |  |  |      |    |  |  |  |   |   |   |
|        | <p>■令和6（2024）年10月31日現在の要介護認定の有効期間及び要介護度</p> <p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 要介護3・要介護4・要介護5</p>  |   |  |  |  |      |    |  |  |  |   |   |   |
|        | <p>■令和5年（2023）年11月1日～令和6（2024）年10月31日までの状況についてお答えください。</p> <p>1. 入院・施設入所・短期入所をしたことがない</p> <p>2. 入院していた</p> <p>3. 施設入所・短期入所していた</p> |   |  |  |  |      |    |  |  |  |   |   |   |

※裏面もご記入ください

■令和5（2023）年11月1日～令和6（2024）年10月31日までの  
入院・施設入所・短期入所の状況についてご記入ください。

※記入欄が足りない場合は、お手数ですが、メモ書き等の添付を  
よろしく願います。

入院

|    | 入院の期間         | 入院先 | 備 考 |
|----|---------------|-----|-----|
| 1  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 2  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 3  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 4  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 5  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 6  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 7  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 8  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 9  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 10 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |

施設入所・短期入所

|    | 入所の期間         | 入所先 | 備 考 |
|----|---------------|-----|-----|
| 1  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 2  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 3  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 4  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 5  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 6  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 7  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 8  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 9  | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |
| 10 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |     |     |

地域福祉の向上のため相談・援助を行っている民生委員に、住所・氏名を情報提供することに

同意します ・ 同意しません

申請者氏名 \_\_\_\_\_

記入内容については確認をさせていただき、状況によっては給付できないこともあります。

元気高齢課 介護認定担当  
Tel 20-2139