

ねたきり老人介護者慰労金受給申請書

記入例

(あて先)
前橋市長

前橋市ねたきり老人介護者慰労金支給条例第3条の規定に基づき、慰労金を申請します。
また、介護慰労金の対象者の審査のため、必要な事項(住民基本台帳及び要介護者の介護保険関連の情報、介護保険サービスの受給状況等)を調査することについて承諾いたします。

機械で読みとるため、枠内にていないにご記入ください。

結果通知の送付は、(6月・9月・12月・3月)の下旬です。

												申請日		令和	8	年	4	月	6	日
(介護をしている者)	氏名	フリガナ(セイ)						フリガナ(メイ)												
		マ	エ	バ	シ			タ	ロ	ウ										
		姓						名												
	住所	前橋						太郎												
	番地	〒	3	7	1	-	8	6	0	1	押印		捨印							
	群馬	都道府県	前橋	市区町村	大手	町														
電話番号	2	-	1	2	-	1														
要介護者との続柄	夫						申請額	金 80,000円												

※2か所に押印してください。

(介護を受けている者)	氏名	フリガナ(セイ)						フリガナ(メイ)								
		マ	エ	バ	シ			ハ	ナ	コ						
		姓						名								
	住所	前橋						花子								
	電話番号	〒	3	7	1	-	8	6	0	1	2-1 2-1					
	前橋市	大手	町													
生年月日	9	8	7	-	6	5	4	3	-	2	1	0	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
1	年	9	月	10	日											

※申請日時点で65歳以上の方が対象です。

《裏面もご記入ください。》

① 要介護者の生活状況について、当てはまる項目に☑をつけてください。

※1つでも「いいえ」に該当する場合は、申請対象外です。

- (1) 申請日含め6ヶ月以上継続して要介護4または要介護5の状態ですか はい いいえ
- (2) 今現在、入院や入所中ではなく、自宅で生活していますか はい いいえ
- (3) 申請月の前6ヶ月間で入院の日数は10日を超えませんか はい いいえ
- (4) 申請月の前6ヶ月間でのショートステイと小規模多機能型居宅介護の宿泊日数の合計は、7日を超えませんか はい いいえ

※1泊は2日と数えます。

※①ですべて「はい」に該当する方でも、在宅を離れた期間がある方は、以下の②もしくは③にご記入ください。

② 申請月の前1年間で入院をした場合は、その期間について記入してください。

入院日		～		退院日		病院名								
令和	7	年	4	月	1	日	～	7	年	4	月	2	日	〇〇病院
令和	8	年	3	月	20	日	～	8	年	3	月	22	日	〇〇病院
令和		年		月		日	～	年		月		日		

③ 申請月の前1年間でショートステイや施設入所などの理由により在宅を離れた期間がある場合は、その期間について記入してください。(訪問・通所サービスについては記入不要です)

理由及び施設名														
令和	7	年	8	月	3	日	～	7	年	8	月	20	日	老人保健施設〇〇〇へ入所
令和	7	年	12	月	15	日	～	7	年	12	月	16	日	小規模多機能型居宅介護〇〇〇へ宿泊
令和	8	年	1	月	8	日	～	8	年	1	月	9	日	介護老人保健施設〇〇〇へショートステイ
令和	8	年	2	月	6	日	～	8	年	2	月	10	日	デイサービス

【振込先口座】 審査の結果、介護慰労金の対象となった場合は、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		(○で囲む)		支店名		(○で囲む)						
〇△□		銀行		×××		本店						
		信用金庫				支店						
		信用組合				出張所						
		農協				支所						
預金種目			店番号		口座番号(右詰め)							
普通□(総合)			9	9	9	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ(セイ)						フリガナ(メイ)						
マ	エ	バ	シ			タ	ロ	ウ				
姓						名						
前橋						太郎						

※振込先口座は、申請者と同一名義の口座にしてください。

《申請時の添付書類》 振込先口座の通帳の写しまたはキャッシュカードの写し