

様式第1号（第6条関係）
長与町在宅中重度要介護者介護見舞金支給申請書兼請求書

長与町長様年 月 日

申請者住所 長与町
電話番号
申請者(介護者)氏名 印

下記のとおり在宅介護者見舞金の支給を申請します。
なお、申請にあたり、長与町長が居宅介護支援事業所または地域包括支援センター・医療機関等に対し、必要な事項を照会することに同意します。

中 重 度 要 介 護 者 の 状 況	ふりがな				生年月日	明・大・昭・平		
	氏名				年齢	年	月	日
	住所	長与町						
	認定状況等 (○をつけてください)	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5						
	長与町の住民となった年月日	年 月 日						
	介護が必要となった時期	年 月 日						
介 護 者 の 状 況	前年9月以降の入院期間 (昨年9月2日から今年9月1日 までの間)	～ () 日間 入院先：						
	ふりがな				生年月日	明・大・昭・平		
	氏名				年齢	年	月	日
	住所	長与町						
	長与町の住民となった年月日	年 月 日						
要介護者の介護を始めた時期	年 月 日							
振 込 口 座	取扱金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			本店 支店 出張所			
	口座番号							
	預金種別	1. 普通 ・ 2. 当座 ・ 3. その他						
	(カナ) 口座名義							