

# 北見市家族介護慰労金支給申請書

＜申請日＞ 年 月 日

北見市長様

家族介護慰労金支給事業について、次のとおり申請します。  
 なお、申請にあたって、要介護認定・介護保険サービス利用状況並びに世帯員の市民税課税台帳の閲覧、医療機関への受診状況等を調査・確認することに同意します。また、「世帯員の市民税課税台帳の閲覧」について世帯員全員が同意します。

申請者 (介護者)	フリガナ			被介護者 との関係	
	氏名	署名又は記名押印 印		生年月日	年 月 日
	住所	北見市		電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )
被介護者 (介護を受けている方)	フリガナ			要介護度	4 ・ 5
	氏名			認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	住所	北見市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)		生年月日	年 月 日
振込先 (申請者名義)	金融機関名			銀行 信用金庫 信用組合	支店名 本店(所) 支店(所) 出張所
	種類	普通 ・ 当座		口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人				

※北見市使用欄

市民税(世帯)	課税・非課税	過去1年間の介護サービス利用状況	無 ・ 有( )
		過去1年間の入院状況	無 ・ 有( )

宛番号	被保険者番号

第 4 類	課長	主幹	係長	担当者	備考

