第２号様式（第６条関係）

平成　　　年　　月　　日

家族介護支援事業利用申請書

（あて先）長崎市長

家族介護支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (申請者)利用者 | ふりがな |  | 被介護者との関係 |  | 長 長崎市使用欄 |
| 氏名 |  | 住所 | 〒 |  |
| 電話 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被介護者 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 |  | 住所 | 長 | 長 長崎市使用欄 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度 | 要介護３・４・５ | 認定期間 | 　年　月　日から　年　月　日まで |
|  | 長崎市使用欄 |
| 世帯員氏名(被介護者・申請者) |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名(被介護者・申請者) |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名(被介護者・申請者) |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名(被介護者・申請者) |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員氏名(被介護者・申請者) |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 太線の中の利用者、被介護者、世帯員全員について記入してください。申請者と被介護者の

住所が違う場合は（被介護者・申請者）のどちらの世帯か○をつけてください。

利用したいサービスに○印を付してください。

|  |
| --- |
| １　介護用品の支給（支給品目：紙おむつ、尿取りパット、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプー、おしりふき、ポータブルトイレ用消臭剤）　　（事業者名：　　　　　　　　　　） |
| ２　介護者慰労金支給事業　(1) 申請前６箇月の間に被介護者の入院した期間　(2) 申請前６箇月の間に被介護者の利用した介護保険サービスの有無　　　【　有　・　無　】　(3) 利用者（介護している者）の世帯の市民税課税　　　【　有　・　無　】　(4) 利用者（介護している者）名義の金融機関口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 |
| 口座番号 | 口座名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ） |

 |