

# 記載例

印鑑は朱肉を使った認め式第1号(第5条関係)  
印にてお願いいたします。  
また同じ印鑑で必ず捨印  
も忘れずに押印してくだ  
さい。

式第1号(第5条関係)  
山形市ねたきり高齢者等介護者激励金支給申請書

令和2年〇〇月〇〇日

山形市長

介護している方) 山形市ねたきり高齢者等介護者激励金の支給を下記により申請します。

記

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 住所 〒 <b>990-0047</b> <span style="float:right">捨印 ㊟</span> |                          |
| 山形市 <b>旅籠町二丁目3番25号</b>                                     |                          |
| フリガナ <b>ヤマガタ タロウ</b>                                       | 続柄 <b>夫</b>              |
| 氏名 <b>山形 太郎</b> ㊟  | 電話番号 <b>023(641)1212</b> |
| 座名義=上記申請者(介護している方)の口座                                      |                          |
| 激励金の受領方法は、口座振替となります。                                       |                          |
| 金融機関名  | 預金種目                     |
| 銀行   | 普通                       |
| 〇〇 金庫組合  | 〇〇 支店                    |
| 口座番号<br>左詰め  | 1 2 3 4 5 6 7            |

主に介護している介護者をご記入ください。  
誤記の場合、訂正は認められない為、申請書の書き直しが必要となります。

対象者(介護を受けている方) 私の要介護認定状況等の関係書類を閲覧することに同意します。

|  |   |
|--|---|
| 住所 〒 <b>990-0047</b> <span style="float:right">捨印 ㊟</span> |   |
| 山形市 <b>旅籠町二丁目3番25号</b>                                     |   |
| フリガナ <b>ヤマガタ ハナコ</b>                                       | 生年月日 明治・ <b>大正</b> ・昭和 <b>5</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 |
| 氏名 <b>山形 花子</b> ㊟  | 介護保険被保険者番号  |
| 要介護認定  | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6                                     |
| 要支援  |   |
| なし 1・2 1・2・3・4 <b>5</b>                                    |   |

対象者(介護を受けている方)の押印忘れず。

|  |                              |
|--|------------------------------|
| 過去1年間に 入院 <b>あり</b> ・ なし (どちらかに○)                                |                              |
| 入院ありの場合はこちらに記入してください。  |                              |
| いつから <b>令和元年12月1日</b> ~ いつまで <b>令和2年1月1日</b> (病院名称 <b>〇〇病院</b> ) |                              |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 ( )  |                              |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 ( )  |                              |
| 年 月 日 ~ 年 月 日 ( )  |                              |
| 過去1年間に 施設への宿泊利用 <b>あり</b> ・ なし (どちらかに○)                          |                              |
| (ショートステイ・お泊りデイなど) ※利用期間・施設名の記入は、不要です。                            |                              |
| 対象者が死亡している場合、その年月日   | 〇〇年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日    |
| 介護を始めた時期   | <b>平成20</b> 年 <b>2</b> 月 頃から |

※記入していただいた個人情報につきましては、地域における見守り等の支援等に活用するため、担当の民生委員児童委員へ情報提供させていただきます。

**過去1年間**の病院や福祉施設等への入院・入所等の状況について「入院の有無」、「ショートステイ等の有無」に○を付けてください。  
入院がある場合は、「その期間」「その病院の名称」をご記入ください。施設宿泊の期間・施設名は記入不要です。