

**対象者**

- ※ 「介護者」、「介護を受ける方」共に住民票がいの町にある方
- ※ 要介護2以上になって3ヶ月以上経過している方
- ※ 直近3ヶ月の間、継続して在宅である方  
(その間、入院が1日以上・ショートステイが月の5割以上あれば継続とはなりません。)
- ※ 介護者がいの町に納付すべき債務を滞納していないこと

**注意事項**

※ 介護者と介護を受ける方が同一世帯でない場合は、介護証明書が必要です。

様式第1号 (第2条関係)

年 月 日

家族介護支援金受給資格認定申請書

いの町長 様

介護者 (申請者) 住所 氏名 続柄  
 介護をしている方 電話番号

いの町家族介護支援金支給条例第4条の規定により、家族介護支援金受給資格の認定を申請します。  
 私は、この申請に関して私の住民基本台帳における世帯状況等及び、私がいの町に納付すべき町税等、介護保険料、後期高齢者医療保険料の納付状況等について家族介護支援金担当課長が調査を行うことに同意します。

要介護 高齢者等	住所	介護を受けている方 介護保険被保険者証 から転記	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	要介護度		認定日	年 月 日
介護状態	<例>・移動介助 ・食事準備 ・ポ-グ ル化片付け 等		常時している介護の内容をすべて記入	
世帯員の 状況	氏名	続柄	生年月日	備考
		世帯主		
	介護を受けている方を含む世帯員の状況を記入			

添付書類

- (1) 介護保険被保険者証、介護保険要介護認定・要支援認定結果通知書の写し等の要介護度を証する書類
- (2) その他必要な書類  
(介護者と要介護高齢者等が、同一世帯でないときは介護証明書)

※ 民生委員の署名が必要

以下町記入欄

※ 決 裁	決定年月日	課長	課長補佐	係長	係
	年 月 日				

押印欄については、決裁の実情に合わせて増減することができる。