

## 介護者激励手当認定申請書

江戸川区長 殿

次のとおり、介護者激励手当の受給資格認定を申請します。

なお、申請に当たり、申請者及び被介護者は、各々の住民票上の世帯を一にする世帯員の住民票記載事項、住民税課税状況、介護保険認定状況、介護保険サービス利用状況、生活保護受給状況等の必要な情報を公簿等により確認することができるときは、当該公簿等を閲覧し、調査することに同意します。

代筆の場合、代筆者：

申請者 (介護者)	フリガナ		被介護者(家族等) からみた続柄		世帯の住民税 課税状況
	氏名				非課税・課税
介護を行っている方	住所		電話		
住民登録日(江戸川区民 となって1年以上)	はい・いいえ	対象外です。	介護保険料の滞納	有・無	有の場合は、対象外 です。

(被介護者)	フリガナ		生年月日	年齢	世帯の住民税 課税状況
	氏名		年 月 日	歳	非課税・課税
介護を受けている方	住所		電話		
住民登録日(江戸川区民 となって1年以上)	はい・いいえ	対象外です。	介護保険料の滞納	有・無	有の場合は、対象外 です。
要介護度	4・5	対象となる介護期間	年 月 ~	年 月	
確認事項 該当にチェック	対象となる介護期間に介護サービスの利用なし(福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び住宅改修を除く)				
	対象となる介護期間の末日に生存している				
	対象となる介護期間に施設入所していない(10日以内のショートステイを除く)				
	重度心身障害者手当を受給していない				
	申請者、被介護者ともに生活保護を受給していない				
対象期間中の入院	有・無	有の場合、以下にご記入ください。書ききれない場合は、裏面にご記入ください。継続して90日以上入院をしている場合は対象外です。			
入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	病院名		
入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	病院名		
入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	病院名		
入院期間	年 月 日 ~	年 月 日	病院名		

申請後、区の職員が被介護者宅へ平日に訪問します。訪問に不都合な曜日や時間等ありましたら以下にご記入ください。

不都合な曜日、時間等：

区からの電話連絡先：

受付窓口・受付者	特記事項	認定番号	係受付日