

記入例

介護者激励手当認定申請書

年 月 日

江戸川区長 殿

記入日

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、住民税課税状況、介護保険認定状況、介護保険料滞納状況を確認することができる場合は、当該公簿等を閲覧し、

どちらかに○をつけてください。
転入等で、江戸川区で課税状況の確認ができない方は課税証明書（原本）が必要になります。

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) からみた住所	住民税 状況
	氏名			非課税 ・ 課税
介護を行って いる方	住所			
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。

どちらかに○をつけてください。

(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				非課税 ・ 課税
介護を受けて いる方	住所				
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		
入院期間	年 月 日	~	年 月 日		
入院期間	年 月 日	~	年 月 日		

申請月の1年2ヶ月前から1年前までの間で申請者が希望する月を選び、その月の初日から1年間となります。

平日日中につながりやすい電話をご記入ください。

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