



令和2年度 歳末たすけあい見舞金助成申請書

令和2年 月 日

社会福祉法人長崎市社会福祉協議会
会長 馬場 豊子 様

歳末たすけあい見舞金の助成について、下記のとおり申請いたします。
なお、歳末たすけあい見舞金は下記の口座にお振込みください。

申請者 (介護者)	フリガナ		対象者 との 続柄		申請者 ⑩
	氏名				
	住所	〒	自宅電話		
			携帯電話		
対象者	フリガナ		生年月日	大正・昭和	年
	氏名				月
	住所	〒		(R2年12月31日現在)	歳)
	入院期間	※令和元年8月2日から令和2年8月1日までの期間において、 入院された期間がある方をご記入ください。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

(※事務局記入欄：通算 日)

※対象者名義の口座をご記入ください。

該当する番号に○をつけてください。		1. 今年度初めて申請する、または、昨年度申請していない <u>(振込先もご記入ください)</u> 2. 昨年度申請したが、振込先を変更する <u>(振込先もご記入ください)</u> 3. 昨年度申請し、振込先の変更もない(振込先の記入は不要です)				
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	銀行 金庫 組合	支店 出張所	1. 普通 2. 貯蓄 3. 当座	口座番号		

※裏面もご確認ください ⇒

のりしろ（預金通帳と介護保険被保険者証の写しを貼り付けてください）

※介護保険被保険者証（緑色）の写しは必ず添付してください。

2ページ目に記載されている認定の有効期間に、令和2年8月1日が含まれているか必ずご確認ください。

(一) 介護保険被保険者証

番号

被保険者住所

フリガナ

氏名

生年月日 年 月 日 性別

交付年月日 平成 年 月 日

保険者番号並びに保険者の名称及び印

422014

長崎市桜町2番22号
〒850-8685 電話095-829-1163

長崎市

(二) 要介護状態区分等

認定年月日 平成 年 月 日

認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

居宅サービス等

区分支給限度基準額

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

月当たり 単位

(うち種類支給限度基準額)

サービスの種類

種類支給限度基準額

認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

(三) 給付制限

内容	期間
	開始年月日 終了年月日
	開始年月日 終了年月日
	開始年月日 終了年月日
居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称	届出年月日
	届出年月日
	届出年月日
介護保険施設等	種類 名称 入所等年月日 年 月 日 退所等年月日 年 月 日
	種類 名称 入所等年月日 年 月 日 退所等年月日 年 月 日

見本

※今年度初めて申請される方、昨年度申請をされていない方、昨年度申請をされた方で振込先に変更がある場合は、預金通帳の写しを必ず添付してください。

(金融機関名、支店名、口座名義、口座番号が確認できるページの写しを添付してください。)

昨年度に申請をされた方で、振込先に変更がない場合は、預金通帳の写しの添付は不要です。

※預金通帳と介護保険被保険者証の写しがない場合は、見舞金の助成ができない場合がありますのでご了承ください。