

【記載例】

西郷村長 様

介護者 住 所 西郷村
氏 名
(要介護高齢者との続柄)
電 話 番 号 - -

代行申請者 住 所
(指定居宅介護支援事業所) 氏 名
(地域包括支援センター) 電 話 番 号 - -

西郷村介護者激励金受給資格の認定について、次のとおり申請します。

1.要介護等高齢者の氏名及び状況等

住 所	西郷村			
(ふりがな)		生年月日	性 別	介護保険被保険者証番号
氏 名			男 ・ 女	
西郷村に住所を定めた日	前年10月1日以前 ・ 前年10月2日以降(令和 年 月 日)			

以下、令和7年10月1日から令和8年9月30日までの期間について記入してください。

要介護 状態区分	要介護()	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	要介護()	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	要介護()	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日
施設入所等の 状況	施設入所期間 (老健等施設)	施設名	入 所 期 間
	☒ 有・無	※老健施設へ入所した期間がある場合記入してください。 年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	宿泊を伴う介護サービス(ショートステイ等)利用期間	※ショートステイを利用した期間がある場合、裏面に記入してください。 ※裏面に利用日を記入してください。 年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	病院等入院期間	病院等名	入 院 期 間
	☒ 有・無	※入院期間がある場合記入してください。 年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
居宅介護支援事業所名		※わかる場合記入してください。	

2.介護者の状況及び激励金振込口座

※激励金振込口座は、介護者本人名義のものに限ります。(預貯金通帳の写しを添付してください。)

西郷村に住所を定めた日	前年10月1日以前 ・ 前年10月2日以降(令和 年 月 日)			
要介護高齢者等の介護を開始した日	前年10月1日以前 ・ 前年10月2日以降(令和 年 月 日)			
激励金 振込口座	金融機関名	銀 行 金 庫 農 協	支店名	
	預金種別	1. 普通預金 2. 当座預金	口 座 番 号	
	口座名義人	※カタカナで記入 ※介護者(申請者)名義の内容を記入してください。 ※口座番号・口座名義人がわかる通帳のコピーを添付してください。		

ショートステイを利用した期間を記入してください。
利用日がわからない場合は、担当ケアマネにご相談ください。

記入欄

※月の半日数以上とは
31日・・・16日以上
30日・・・15日以上
29日・・・15日以上

※利用日(利用初日と利用最終日を含む)を丸で囲んでください。

令和7年	10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	11日間
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	-	
	11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	3日間
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	-	
	12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	-	
令和8年	1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	-	
	2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	-	-	-	
	3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	-	
	4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	-	
	5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	-	
	6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	-	
	7月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	-	
	8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	-	
	9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	-	

〈審査欄〉

※以下の欄は、申請者は記入しないでください。

要介護高齢者について	介護区分及び住所要件	適 ・ 否
	激励金算定対象期間	ヶ月
	在宅介護期間(住定日:)	ヶ月
介護者について	介護期間及び住所要件(住定日:)	適 ・ 否
	要介護高齢者者と介護者の住所	同一世帯 ・ 別世帯

審 査 結 果	支給 ・ 不支給
---------	----------