

粕屋町介護保険サービス利用者負担助成金交付申請書

フリガナ				被保険者番号	3	4	9	0											
被保険者氏名				被保険者番号	3	4	9	0											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女													
住 所	〒 -																		
	電話番号 () -																		
該当利用月	年 月			該当月分の一部負担金額	円														
<p>粕屋町長 様 年 月 日</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて介護保険サービス利用者負担助成金の交付を申請します。</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 ④ 本人との関係 ()</p> <p>電話番号 () -</p> <p>利用者負担助成金を下記の口座に振り込んでください。</p> <p>※ 利用者(被保険者)本人名義の口座を指定下さい。(本人名義以外の口座への振込希望の場合は委任状が必要です)</p>																			
口座振込依頼欄	金融機関名			支店名			種目		口座番号										
	銀行・信用金庫			本店・支店			<input type="checkbox"/> 普通												
	農協・信用組合			支所・出張所			<input type="checkbox"/> 当座												
	フリガナ																		
口座名義人																			

注意 この申請書にサービス事業者から発行された領収書の写しを添付して下さい。

※ 町記入欄

介護サービス費総額	一部負担金 (A)	高額介護サービス費 支給額 (B)	助成交付決定額 [(A)-(B)]×0.3
		利用者負担上限額:	