

介護保険サービス等利用費用助成金申請書

年 月 日

立川市長 殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、別紙必要書類を添えて介護保険サービス等利用費用負担軽減助成を申請します。

被保険者氏名		被保険者番号			
利 用 月					
年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
内 容					
別添領収書等のとおり					

振込先 金融機関	金融機関名			本・支店名	
	銀行・信用金庫 信用組合・農協			店	
	種 目	口座番号			
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
	フリガナ				
	口座名義人				

【保険者記入欄】 ※ 以下の欄には、記入しないでください。

請求期間	～	備考			受付印
軽減率	<input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 100%				
高額介護サービス費	<input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 24,600				
世帯合算	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	決 裁			
サービス利用	<input type="checkbox"/> 給のみ <input type="checkbox"/> 給・事 <input type="checkbox"/> 事のみ	担当	係長	課長	
助成 決定額	介護給付	円			
	総合事業	円			
	合 計	円			