

介護保険サービス等利用費用助成金請求書

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		
内 容											
別添領収書等のおとり (※糊付けせず別に添付してください)											

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									
	総合事業									
	合 計									