様式第１号（第5条関係）

介護サービス等利用者負担額助成申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 要介護状態区　　　分 |  |
|  |  |
|
|  | 　　年　　　月　　　日 | 性　　　別 |  |
|  | 〒　　　-　　　北海道紋別郡湧別町　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－ |
| 利用サービスの種類 | ・訪問介護　　　　・通所介護・訪問看護　　　　・福祉用具貸与・短期入所　　　　・その他 |
| 湧　別　町　長　　様上記のとおり介護サービス等利用者負担額の助成を申請します。また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主　及び世帯員の所得、課税状況等について調査されることについて同意します。　　年　　月　　日　　　　　 　住　　所 　北海道紋別郡湧別町　申請者　　　　　氏　　名　 　　　　　　　　　　　印 |
| 注意　・今回の支給以降、介護サービス等利用者負担額助成が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込みます。下記の口座に振り込んで下さい。 |
| 口座振込先 | 銀　行信　金農　協漁　組 | 本　店支　店本　所支　所※ゆうちょ銀行の場合は３桁の店番 | 種　　目 | 口 座 番 号 |
| １普通預金２当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
|
| フ リ ガ ナ |  |
|  |  |

　※口座振込先が本人以外は委任状が必要です。