様式第７号（第６条関係）

訪問介護利用者負担額軽減措置費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  | 0 | 1 | 6 | 4 | 3 | 6 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 　　年　 　月　 　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　 |
| 交付を受けている減額認定証 | 交付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 認定者番号 |  |
| 支払った訪問介護利用料 | 支払った期間 | 　　　年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 支払金額合計 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請理由 |  |
| 幕別町長　　様上記のとおり、関係書類を添えて訪問介護利用者負担額軽減措置費の支給を申請します。　　　年　　　月　　　日　　　　　住　所　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞ |

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合協同組合 | 本店支店本所支所 | 種　　目 | 口　座　番　号 |
| 普通当座その他（　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　分 | 保険料納付状況 | 領収書確認欄 | サービス提供証明書確認欄 | 備　　　　　考 |
| １　一般２　支払方法の変更３　給付額減額 | 未納保険料有・無滞納保険料有・無 |  |
|  |  |