様式第７号（第７条関係）

介護保険サービス利用者負担軽減額支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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確認証 | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った介護保険  サービス利用料 | 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、関係書類を添えて介護保険サービス利用者負担軽減額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  （　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|
|
| 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 |  |
|  |  |

H28.11