

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	016436	
被保険者氏名			被保険者番号	00000	
	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					
<p>幕別町長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話</p> <p>氏名 (印)</p>					

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			
	金融機関コード	店 舗 コ ー ド	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	未納保険料 有・無			
2 支払方法の変更	滞納保険料 有・無			
3 給付額減額	有・無			