

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						
生年月日	年 月 日								
住所	〒 電話 ー								
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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話 ー</p> <p>氏名</p> <p>※本人が手書きできない場合は、記名押印してください。</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	支店	種目	口座番号					
	農協	本所	1 普通預金						
	信用金庫	支所	2 当座預金						
	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			