

様式第1号(第7条関係)

介護保険等利用者負担軽減申請書

年 月 日

浅川町長 様

申請者住所 浅川町大字  
 (代理人) 氏名 印  
 (申請者との関係)

フリガナ		被保険者番号							
被保険者名									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒 浅川町大字				TEL	—			

介護サービス利用証明書	
利用月	年 月分
サービス種別	利用料額
訪問介護	円
訪問入浴介護	円
訪問看護	円
訪問リハビリテーション	円
通所介護	円
通所リハビリテーション	円
利用料合計	円
上記の利用料を受領したことを証明する。 年 月 日 介護サービス事業所 所在地 名称 氏名 印	

町助成金を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目 普通 当座	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人	※被保険者本人名を記入		

※2回目以降は、口座に変更があった時のみ記入してください。

※町記入欄

助成額	滞納処分	生活保護	備考
円	有・無	有・無	