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 | 口座番号 | | | | | | |
| 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |