

滑川町介護保険利用者負担額支給申請書
(年 月分)

フリガナ			被 保 険 者 番 号 (右詰め記入)			
被 保 険 者 氏 名			個 人 番 号			
生 年 月 日	明大昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女
住 所	〒					電 話 番 号

(あて先) 滑川町長

上記のとおり関係書類を添えて申請します。
支給の審査にあたり、被保険者及び被保険者が属する世帯全員の課税情報を確認することに同意します。また、この申請に係る利用者負担額が高額医療合算介護(予防)サービス費に該当した場合、要綱第3条第3項に基づき、差額を返還することに同意します。

年 月 日

〒

申請者 住 所
(本人)

氏 名 電 話 番 号

※連絡先が申請者(本人)と異なる場合は、下記にもご記入ください。

〒

住 所

氏 名 電 話 番 号

※ 申請書には、申請月分の介護サービス給付に係る領収書又はその写しを添付してください。

介護保険利用者負担額に係る支給金額を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行・農協・信用金庫		本店・支店
	普通 当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

記載例

滑川町介護保険利用者負担額支給申請書

(〇〇 年 1~3 月分)

フリガナ	ナメガワ ハナコ	被保険者番号 (右詰め記入)	0 0 0 0 0 5 4 3 2 1
被保険者氏名	滑川 花子	個人番号	
生年月日	明・大昭和11年11月 3日生	性別	男 ・ (女)
住所	〒 355-8585	電話番号	56-2010
	滑川町大字福田750番地1		

個人番号の記載がなくても受付できます

(あて先) 滑川町長

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

支給の審査にあたり、被保険者及び被保険者が属する世帯全員の課税情報を確認することに同意します。また、この申請に係る利用者負担額が高額医療合算介護(予防)サービス費に該当した場合、要綱第3条第3項に基づき、差額を返還することに同意します。

〇〇 年 5 月 13
〒 355-8585

被保険者ご本人の住所・氏名をご記入ください。

申請者 住所 滑川町大字福田750番地1

(本人) 氏名 滑川 花子 電話番号 56-2010

※連絡先が申請者(本人)と異なる場合は、下記にもご記入ください。

〒 355-0811
住所 滑川町大字羽尾〇〇〇-〇〇
氏名 福田 太郎 電話番号 56-2211

※ 申請書には、申請月分の介護サービス給付に係る領収書又はその写しを添付振込口座は、必ずご記入ください。

利用者負担額に係る支給金額を下記

なるべく被保険者の口座でお願いします。他の場合、委任状の提出が必要です。なお、被保険者が死亡された場合、相続人の方の口座をご記入ください。

口座振替 依頼書	〇〇〇	銀行・農
	1 普通預金	口座番号
	フリガナ	ナメガワ ハナコ
	口座名義人	滑川 花子

