

様式1号 **介護保険**（居宅介護サービス費等）**利用者負担額助成金交付申請書**

（ 年 月利用分）

No.

受付印

フリガナ 被保険者氏名	申請年月日		令和 年 月 日		
	被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女		
住所	〒 電話 —				
同一世帯の他の 介護保険受給者	氏名	生年月日	性別	被保険者番号	
利用した サービスの種類					
西尾市長宛 上記のとおり介護保険(居宅介護サービス費等)利用者負担額助成金の支給を申請します。					
申請者 住所					
氏名			電話 —		

- ※1 この申請書の裏面に該当月分の介護サービスを提供した事業者において発行する利用者負担額に関する証拠書類（領収書等）を添付してください。
- ※2 申請者は必ず押印をしてください。（居宅介護支援事業者による代理申請にあつては事業所名及び担当者氏名をお書きください。）

上記の介護保険(居宅介護サービス費等)利用者負担額助成金を下記口座に振り込んでください。
（2回目以降の申請で口座振替依頼欄が未記入の場合は、前回振込と同じ口座へ振込みます。）
※本人以外の口座に振込みの場合は委任状の添付が必要となります。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他		
	フリガナ 口座名義人				

市記入欄 該当月（ 月利用分）

保険料納付状況	介護度	領収書確認	所得段階	利用者負担額 (高額介護適用後)	支給割合	確定額	備考
未納保険料 有・無	支・1・2	月 円	1	月 円	1/2	月 円	
滞納保険料 有・無	3・4・5	月 円	2	月 円	1/5	月 円	
			3				