

介護サービス利用者負担助成金申請書

(太枠の中を記入してください)

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
対象者氏名		性別	男 ・ 女
住 所	〒959 - 阿賀野市	電話(0250) -	
振込口座 (初回・変更時記入)	銀行・農協・信組・信金	本店・本所・支店・支所	種目 口座番号(左詰めで記入)
	ゆうちょ銀行	記号	番号(左詰めで記入)
	フリガナ		
	口座名義人		
対象者以外の宛先へ通知書の送付を希望する場合は下記へ記入してください			
送付先住所	(〒 -)		
送付先氏名		対象者との関係	
電話番号	() -	備考	
<p style="text-align: center;">阿賀野市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、介護サービス利用者負担助成金を申請します。 なお、世帯の課税状況把握のため、貴職が課税状況を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏 名 (印)</p>			

担当課記入欄

初回 ・ 2回目以降	非課税世帯 ・ 課税者あり()
介護保険証保険者番号	介護保険証被保険者番号
要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	高額介護サービス費区分(第 段階 円)
助成対象額	助成対象期間
円	高額介護サービス費
助成額(× 1/2)	対 象 月
円	審査結果
	年 月 日(支給 不支給)