

書き方見本です。①～⑥をご確認ください。

様式第1号(第5条関係)

介護サービス利用者負担助成金支給申請書

年度分(年 月～ 年 月)

フリガナ		保険者番号																		
氏名		被保険者番号																		
生年月日	年 月 日	個人番号																		

- ① 申請日
 - ② 被保険者ご本人の住所
 - ③ 被保険者ご本人の氏名
 - ④ 電話番号
- ※ご本人が亡くなられている場合は、
相続人代表者の住所・氏名
・電話番号

申請します。また、介護サービス利用
が減額となった場合、以降に支給さ
れる介護サービス利用者負担助成金と相殺することを承諾します。

〇〇年〇〇月〇〇日
住所 **ふじみ野市福岡〇丁目〇番〇号**
申請者 氏名 **ふじみ野 花子** 電話番号 **〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇**

- ⑤ 被保険者ご本人と同じ世帯に属する全ての方の氏名

同意欄	世帯員	氏名	個人番号
		ふじみ野 太郎	
		ふじみ野 桜	
		ふじみ野 広	

- ⑥ (初回申請または変更希望の方のみ)
被保険者ご本人の口座を記入し、通帳の表紙又は
キャッシュカード等のコピーを同封
- ※ご本人以外の方の口座を記入する場合は、委任状が必要です
※ご本人が亡くなられている場合は、相続人代表者の口座
※通帳の表紙又はキャッシュカードのコピーは、確認に使用します

サービス利用者負担助成金が発生した場合は、
振込依頼欄に記入する必要はありません。

口座振込 依頼欄	信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 本・支所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	①普通 2当座 3その他 ()	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	フジミノ サクラ		
	口座名義人	ふじみ野 桜		

振込の際は書面にてお知らせしますので、ご確認ください。