

介護サービス利用者負担助成金支給申請書

年 月分

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

ふじみ野市長 宛て

上記のとおり 年 月分の介護サービス利用者負担助成金を申請します。なお、介護サービス利用者負担助成金について、利用年月が含まれる介護保険負担割合証の有効期間中において対象となる場合は、今回の申請をもって継続して申請がなされたものとみなすこと及び介護保険事業所等からの介護給付費明細書等に基づき処理されることについて同意します。また、過払等が生じたときは、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。

年 月 日

住所

申請者

電話番号

氏名

申請者及び次の者は、事務手続を処理するために地方税関係情報を取得することに同意します。

		氏名	個人番号
同意欄	世帯員		

今後、介護サービス利用者負担助成金が発生した場合は、次の口座に振込みをお願いします。

振込口座(登録済・新規・変更)※いずれかに○印をしてください。

※振込先口座が登録済みで変更がない場合は、次の口座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	銀行 信用金庫 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			
	フリガナ					
	口座名義人					
