

所沢市介護保険利用者負担助成金申請書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

介護保険利用者負担助成金の支給を次のとおり申請します。  
本申請の審査に当たり、世帯全員の市民税課税台帳の閲覧を承諾します。

フリガナ	トコロザワ ハナコ									
被保険者氏名	所沢 花子									
住 所	所沢市並木1-1-1									
介護保険被保険者番号	1	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生 年 月 日	明・大・昭 6 年 10 月 1 日									
利用月 (利用月ごとに支払った額が証明できる領収書の写しを添付)	令和4年 10 月分			令和4年 11 月分			年		月分	
	年		月分	年		月分	年	月分		
助成金支給対象要件 (該当する要件にレ点) ※両要件に該当する場合、支給対象とします。	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯全員が住民税非課税です。									
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していません。									

支給要件に該当するかご確認の上、レ点を入れてください。

※ 申請者が相続人又は後見人等の場合のみ記入

申請者氏名 (続柄 )

住 所

電 話 番 号 ( )

利用者本人に代わって申請書を提出する場合、こちらの欄もご記入ください。

※ 助成金の支給は、原則として口座振込で行われ  
※ 振込口座の指定又は変更をする場合には、別紙「口座指定登録用紙」を記入の上、介護保険課にて登録手続きを済ませてください。

提出代行	氏名	所沢 一郎		住所	所沢市〇〇〇3-2-1		
		続柄	長 男	電話	0*0(1234)****		