

# 川越市介護サービス等利用者負担額支給申請書

( 年 月分 )

フリガナ		保険者番号		1	1	2	0	1	1	
被保険者氏名		被保険者番号	1	0	0					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生			性別		男・女				
住所	〒 電話番号 ( )									
要介護状態区分等	事業対象者	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
利用者負担の助成事由	1 市民税非課税世帯で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超える方等 2 市民税非課税世帯で、老齢福祉年金受給者の方 3 市民税非課税世帯で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方等									
( 提出先 ) 川越市長 上記のとおり申請します。  年 月 日  住 所 _____  申請者 (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 ( ) _____										

・申請時に1箇月分の介護サービス等利用分の全ての領収書を添付してください。

\* 川越市記入欄

下記欄には、記入しないでください。

利用料合計金額	A
高額介護サービス費 24,600円又は15,000円	B
A - B	C
1 利用者負担額の25%を支給する方	D
2 利用者負担額の50%を支給する方	E
備考欄	

\* B・D・Eとも1円未満の端数は切り捨て

【介護保険課】