様式第３号（第５条関係）

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									
生 年 月 日	年　　月　　日 生										
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								

（ 提 出 先 ）
川越市長
上記のとおり申請します。

年　　月　　日

申　請　者
(被保険者)　住　所
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。

☐ 支給却下の際、領収書の返却を希望される方はチェック欄に記入（☑）をお願いします。

＊　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①	A
高額介護サービス費②　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