川越市介護サービス等利用者負担額受給資格登録申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(提出先)
川越市長

住所 川越市元町1-3-1

申請者氏名 川越 太郎

電話 049-224-8811

次のとおり、川越市介護サービス等利用者負担額支給要綱第4条の規定に基づき申請します。

対象者	住所	川越市元町1-3-1												
	フリガナ 被保険者氏名	カワゴエ タロウ 川越 太郎												
	生年月日	昭和10年11月12日生												
介護保険被保険者番号		1	0	0	1	2	3	4	5	6	7	性別	男・女	

私が川越市から受ける支給額を下記預金口座へ振り込むよう依頼します。

口座振替 依頼欄	川越	銀行 農協 信用金庫	元町	本店 支店 出張所	種目	口座番号(右づめで記入)							
	金融機関コード			店舗コード		1 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
						2 当座預金							
						3 その他							
フリガナ 口座名義人			トウキョウ ハナコ 東京 花子										

【委任状】

※口座名義人が本人以外の場合のみ

被保険者本人の口座への振込を

希望される場合は、記入不要です。

受任者(口座名義人)

住所 東京都千代田区千代田1-1

氏名 東京 花子

被保険者との関係(長女)

川越 太郎 に係る介護サービス等利用者負担額助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

※裏面もご記入ください

同意書

(提出先)
川越市長

介護サービス等利用者負担額支給を受けるに当たり、私の世帯全員の市民税課税台帳の閲覧に同意します。

〇〇年〇〇月〇〇日

現在独居の方につきましては、こちらの
申請者(被保険者)欄のみご記入ください。

申請者
(被保険者) 氏名

住所 **川越市元町1-3-1**

川越 太郎

生年月日(昭和10年11月12日)

世帯員

氏名

東京 花子

世帯員

氏名

世帯員

氏名