

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 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