

川越市介護サービス等利用者負担額支給申請書

(〇〇 年 〇〇 月分)

各月ごとに1枚ずつ記入し、提出してください。

フリガナ	カワゴエ タロウ	保険者番号								1	1	2	0	1	1
被保険者氏名	川越 太郎	被保険者番号	1	0	0	1	2	3	4	5	6	7			
生年月日	明・大・昭和〇〇年〇〇月〇〇日生														
住 所	〒350-8601 川越市元町1-3-1 電話番号 049 (224) 8811														
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 川越市元町1-3-1 (被保険者) 氏名 川越 太郎															

領収書を紛失してしまった場合や、口座振替等で領収書の発行がない場合につきましては添付不要です。

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。

支給却下となった場合に限り (申請の重複提出、支給対象外年度である等) 提出した領収書の返却を希望される際は、こちらにチェックをお願いします。

高額介護サービス費等 (25,000円又は15,000円)	A
A - B	B
1 利用者負担額の25%を支給する方	C
2 利用者負担額の50%を支給する方	D
備考欄	

* B・D・Eとも1円未満の端数は切り捨て