

川越市介護サービス等利用者負担額支給申請書

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 ()													

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
様式第4号（第5条関係）