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	音番号				1	1	2	0	1	1
被保険者氏名				被保険	者番号									
生年月日	年	月	ļ	3 生		'				,			ļ	
住所	₹			電記	活番号		()				
要介護状態区分等	事業対象者	要支援	1	2	要介護	1	2	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 申 請 者 (被保険者) 氏	所名				電話者	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。

	一日の例では、日の人のより、こうでも、					
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	В				
А — В	С					
1 利用者負担額の25%を支給する	る方	D				
2 利用者負担額の50%を支給する	る方	Е				
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)