

川越市介護サービス等利用者負担額支給申請書

(○○ 年 ○○ 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 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日生	性別	Ⓜ ・ 女									
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		
利用者負担の 助成事由	1 市民税非課税世帯で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円を超える方等 ② 市民税非課税世帯で、老齢福祉年金受給者の方 3 市民税非課税世帯で、合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方等											
(提出先) 川越市長 上記のとおり申請します。 平成○○年○○月○○日 申請者 <u>住所 川越市元町1-3-1</u> (被保険者) 氏名 <u>川越 太郎</u> 電話番号 049 (224) 8811												

・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

【介護保険課】