

川越市介護サービス等利用者負担額受給資格登録申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

住 所

申請者 氏 名

電 話

次のとおり、川越市介護サービス等利用者負担額支給要綱第4条の規定に基づき申請します。

対 象 者	住 所																	
	フリガナ 被保険者氏名																	
	生年月日	明治			大正			昭和			年	月	日生					
介護保険被保険者番号	1	0	0									性別	男・女					
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

私が川越市から受ける支給額を下記預金口座へ振り込むよう依頼します。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀 行 農 協 信用金庫			本 店 支 店 出張所			種 目	口座番号 (右つめて記入)					
	金融機関コード			店舗コード			①普通預金						
							2当座預金						
							3その他						
フリガナ 口座名義人													

* 川越市記入欄

利用者負担の 助成事由	<ol style="list-style-type: none">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4 市民税課税世帯
----------------	--

同意書

(提出先)
川越市長

介護サービス等利用者負担額支給を受けるに当たり、私の世帯全員の市民税課税台帳の閲覧に同意します。

年 月 日

住所
申請者
(被保険者) 氏名 _____ 印
生年月日 (明治・大正・昭和 年 月 日)
世帯員 氏名 _____ 印
世帯員 氏名 _____ 印
世帯員 氏名 _____ 印