

要介護者等利用者負担助成金支給申請書 (令和 年 月分)

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住所： 電話番号： () 氏名： (本人との関係)	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合は記載不要) 被保険者 本人氏名 印 (本人自署の場合は押印不要)
-------	--	-----	---

フリガナ		保険者番号		1	9	2	0	1	3	
被保険者氏名	印	被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女							
住所	〒 電話番号 ()									
支払金額合計 A	居宅サービス費等利用者負担額 円 (特定)標準負担額 円 福祉用具購入費等利用者負担額 円	高額介護サービス費 B	円			利用者負担助成申請額 A-B			円	

助成申請事由 高額介護サービス費等の算定の際、法定負担額から控除する額が、15,000円である者(生活保護の被保険者を除く)

(あて先) 甲府市長 令和 年 月 日

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担の助成を申請します。上記の助成金を下記口座に振り込んでください。この振込みがなされたときは、当該申請に基づく債権が弁済されたものとします。

口座振込依頼書	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 普通預金 2 当座預金	
	信用組合	出張所	フリガナ (被保険者) 口座名義人	
	農協	支所		

- 注意 ・この申請書に、該当月分の領収書を添付してください。領収書は、金額確認後お返しいたします。
 ・給付額の減額を受けている方については、利用者負担助成金の支給ができない場合があります。
 ・被保険者が他市町村に住所を有している場合は、上記の助成申請書事由に該当する旨の証明書をこの申請書に添付してください。

利用者負担助成金 支給・不支給 決定 令和 年 月 日

区分	1 一般 3 給付額減額(7割給付) 2 支払方法変更	保険料納付状況	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無
----	--------------------------------	---------	------------------------

受付	支給	審査決定額	居宅サービス等利用者負担額	円	介護保険課		
			(特定)標準負担額	円			
		福祉用具購入費等利用者負担額	円				
		高額介護サービス費	円				
		利用者負担額助成金	円				
	不支給				担当	係長	課長