様式第１号（６条関係）

介護サービス利用者負担金助成認定申請書

フリガナ		保険者番号		1	1	3	8	3	7		
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男　　・　　女								
住所	〒 神川町大字　　番地　　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
認定年月日	令和　　年　　月　　日
認定の有効期限	令和　　年　　月　　日

指定振込先 銀行等	銀行 信用組合 農協	本店 支店 支所	口座の種類 １　普通預金　　２　当座預金
	フリガナ		口座番号
	口座名義人		

神川町長　　様

上記のとおり介護サービス利用者負担金助成の認定を受けたいので申請します。

また、介護サービス利用者負担金助成の審査及びその他介護保険給付審査にあたり、市町村民税等賦課申告情報を提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

申請者　住所

氏名　　電話番号

以下は記入しないで下さい。

	町長	副町長	課長	課長補佐	主査	担当
令和　　年　　月利用分から介護サービス利用者負担金助成の認定を決定する。						