

利用者負担額軽減事業負担金支給申請書（償還払用）
（ 年 月利用分）

年 月 日

苫小牧市長 様

（申請者） 住所
氏名
電話番号
被保険者との関係

苫小牧市介護保険サービス利用者負担軽減事業要綱第11条に基づき、次のとおり関係書類を添えて利用者負担額軽減事業に係る負担金を下記のとおり申請します。

記

| | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|---|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | |
| サービス種類 | | | | | | | | | | |
| 利用日数(回数) | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額(1割相当額)A | | | | | 円 | | | | 円 | 円 |
| 軽減後自己負担額B | | | | | 円 | | | | 円 | 円 |
| 負担金対象金額(A-B) | | | | | 円 | | | | 円 | 円 |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------|--|--|-----------------|--|--|------|---------------|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | | 本店 支店 出張所 | | | 種目 | 普通 ・ 当座 ・ その他 | | | |
| | 金融機関コード | | | 店舗コード | | | 口座番号 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | |

※添付書類
・対象となるサービスの領収書（写）又は支払証明書（写）

※決定金額
円