

介護保険ホームヘルプサービス等利用者負担金助成申請書

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|-----|---------|----------|------|----------|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | 被保険者番号 | | | | | | |
| 被保険者 氏名 | | | | 個人 番号 | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 電話番号 () | | | | | | | | | |
| 世 帯 員 | 氏 名 | 続 柄 | 生 年 月 日 | | | | | | | |
| | | 本 人 | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 介護保険助成金 振込口座 (被保険者本人の 口座に限ります) | 銀行 信用金庫 信用組合 | | | | 口座種目 | 普通・当座・貯蓄 | | | | |
| | 支店 | | | | 口座番号 | | | | | |
| | 名義人カナ氏名 | | | | | | | | | |
| <p>(宛先) 港 区 長</p> <p>上記のとおり、介護保険ホームヘルプサービス等利用者負担助成の申請をします。</p> <p>なお、助成決定したことにより発生した介護保険助成金の支給に関しては、この申請書の提出により申請がなされたものとして、上記指定口座へ振り込みをお願いします。</p> <p>区が個人番号を利用し、他自治体が保有する地方税関係情報を取得することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p>申請者 _____</p> <p>(被保険者) 氏名 _____ 電話番号 () _____</p> <p style="text-align: center;">※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</p> | | | | | | | | | | |

- ・ 枠内の全ての欄を黒のボールペンなどで記入してください。(消せるボールペンは使用不可)
- ・ 預貯金額等申告書（第2号様式）と併せて提出してください。

〔港区記入欄〕

| 備 考（世帯の所得状況等） | | | | | 利用者負担該当 | |
|---------------|--------------------|-------------|----------------------|----------------|---------|--|
| 介護度 認定期間 | 世帯の預貯金額 課税年金収入額 | 活用資産の有 無 | 課税親族に よる扶養の有 無 | 介護保険料 段階・滞納 | 承認 | |
| | | 無 有 | 無 有 | 第 段階 無 ・ 有 | 却下 | |
| 審査 | 入力 | 決定通知書交付年月日 | | 助成対象期間 | | |
| | | 発行 . . | | 年 月から | | |
| | | 発送 . . | | 年 月まで | | |
| | | | | | 受付 | |