

様式第 1 号（第 5 条関係）

介護保険利用者負担金助成受給資格認定申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生 年 月 日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
要介護状態区分等	要支援 1 ・ 2 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 事業対象者		

(あて先) 本庄市長

上記のとおり、介護保険利用者負担金助成の受給資格の認定を受けたいので申請します。
また、受給資格の認定に当たり、住民税の賦課状況等を調査することについて同意します。
なお、助成金については、下記の口座に振込みをしてください。過払い等が生じたときは、
それ以降に支給される介護保険利用者負担金助成金を相殺することを承諾します。

年 月 日

住 所

申請者 電話番号

氏 名

指定振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店	種 目	口座番号
	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			

本庄市記入欄

審査欄		備 考