様式第1号(第6条関係)

奥多摩町介護保険サービス等利用者負担助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 | |  | | | | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 2 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 対象となる区分 | (1) 　町民税非課税世帯であって、老齢福祉年金もしくは生活保護を  受給している  (2) 　保険料第1段階であって(1)に該当しない、または利用者負担  第2段階に該当する | | | | | | | | | | | | | |
| 奥多摩町長　殿  　奥多摩町介護保険サービス等利用者負担助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、介護保険サービス等の利用者負担の助成を受けたいので、上記のとおり申請します。  　◎　被保険者の属する世帯の課税状況等を調査することに同意します。  　　令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  　申請者  　　　　　氏名 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |

注意事項

・助成対象として認定の決定を受け、今回申請のあった月の利用者負担の助成以降、助成される利用者負担がある場合の申請手続きは不要です。

・助成する金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

・給付制限を受けている方については、利用者負担の助成ができない場合があります。

　介護保険サービス等利用者負担助成を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫  農協 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

様式第1号(第6条関係)

奥多摩町介護保険サービス等利用者負担助成申請書

記　入　例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | オクタマ　タロウ | | 保険者番号 | |  | | | | 1 | 3 | 3 | 0 | 8 | 2 |
| 被保険者氏名 | 奥多摩　太郎 | |
| 被保険者番号 | | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** |
| 生年月日 | 昭和１２年　３月　４日生 | | 性別 | ・　女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒１９８－０２１２  　奥多摩町氷川１１１１　　　　　　　電話番号　８３－２７７７ | | | | | | | | | | | | | |
| 対象となる区分 | (1) 　町民税非課税世帯であって、老齢福祉年金もしくは生活保護を  受給している  (2) 　保険料第1段階であって(1)に該当しない、または利用者負担  第2段階に該当する | | | | | | | | | | | | | |
| 奥多摩町長　殿  　奥多摩町介護保険サービス等利用者負担助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、介護保険サービス等の利用者負担の助成を受けたいので、上記のとおり申請します。  　◎　被保険者の属する世帯の課税状況等を調査することに同意します。  　令和○○年○○月○○日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所奥多摩町氷川１１１１  　申請者  　　　　 氏名　奥多摩　太郎 | | 電話番号　　８３－２７７７ | | | | | | | | | | | | |

注意事項

・助成対象として認定の決定を受け、今回申請のあった月の利用者負担の助成以降、助成される利用者負担がある場合の申請手続きは不要です。

・助成する金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

・給付制限を受けている方については、利用者負担の助成ができない場合があります。

　介護保険サービス等利用者負担助成を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄  ご本人名義の口座でお願いいたします。 | 銀　　行  奥多摩　信用金庫  　　　　農　　協 | | | | | 本　店  奥多摩　支　店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
| ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| フリガナ  口座名義人 | | | オクタマ　タロウ | | | | | | | | | | | | |
| 奥多摩　太郎 | | | | | | | | | | | | |