様式第１号（第４条関係）

# 居宅サービス等利用者負担軽減助成費支給申請書兼請求書

（　　年　　月）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 〒<br>電話番号 | | |
| 該当月分の利用者負担額 | 円 | | |
| 支給金額 | 円 | | |

熊谷市長　　宛

上記のとおり関係書類を添えて居宅サービス等利用者負担軽減助成費の支給を申請（請求）します。

申請　年　月　日（請求　年　月　日）

申請者　住所　　電話番号

氏名

（注）　この申請書の裏面に領収書を添付してください。

居宅サービス等利用者負担軽減助成費を下記の口座に振り込んでください。

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

## 申立書兼同意書

１　本助成費受給後に、大里広域市町村圏組合の高額医療合算介護（予防）サービス費の支給対象となった場合、本助成費相当額を高額医療合算介護（予防）サービス費から減じていただくよう申し立てます。

２　本助成費の交付決定に必要な私の所得状況を市税情報等により確認することに同意します。

３　高額医療合算介護（予防）サービス費の算定時に、大里広域市町村圏組合に本助成費の受給情報を提供することに同意します。

氏名

市記入欄

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 介護保険料滞納 | 世帯課税状況 | 領収書確認欄 | 受付 | 年　月　日 | 整理番号 | 第　号 | | | |
| 有・無 | 課税・非課税<br>利用者負担段階<br>（１・２・他） | | 決定 | 年　月　日 | | | | | |
| | | | 支給金額 | 円 | | | | | |
| 生活保護受給 | 老福年金受給 | | 他制度の利用者負担軽減状況<br>有・無<br>・<br>・ | | 決裁 | 係 | 係長 | 副課長 | 課長 |
| 有・無 | 有・無 | | 軽減後の利用者負担額<br>円 | | | | | | |