

訪問介護等利用者負担減額認定支給申請書

フリガナ		保険者番号	112409
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 電話番号		
身体障害者手帳	有 (級・番号) ・ 無		

* 給付費の変更等により返還等がある場合、以後の支給において差引き等を行い支給することがあります。

(あて先)幸手市長
上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る減額の認定及び支給を申請します。なお、認定及び支給において必要があるときには、市が私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況等を調査することに同意します。
令和 年 月 日
申請者 住所
電話番号
氏名

訪問介護等の利用者負担額減額に係る支給を行う口座を下記にご記入ください。

金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号
金融機関コード	店舗コード	普通 当座	
フリガナ			
口座名義人			

被保険者本人以外の口座を指定する場合は、下記の委任状にご記入ください。

委任状
年 月 日
(委任者) 住所 _____ 氏名 _____ 印
下記の者を私の代理人と定め、訪問介護等の利用者負担額減額に係る支給の受領を委任します。
(代理人) 住所 _____ 氏名 _____

※市記入欄(以下は申請者の方のご記入は不要です。)

交付年月日	適用年月日	有効期限
年 月 日	年 月 日	年 月 日
備考(所得分布の状況等を把握)		