

訪問介護等利用者負担助成差額支給申請書 市

フリガナ			保険者番号		4	6	2	0	1	0
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日									
住 所	〒 鹿児島市		電話番号 -							
支払った訪問介護利用者負担額等	支払った期間	年 月 日から 年 月 日								
	(1ヶ月ごとに)	¥								
訪問介護の提供を受けた事業所の所在地及び名称	〒		電話番号 -							
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日	年 月 日			負担者番号					
	適用年月日	年 月 日			受給者番号					
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由	1. 独居老人であるため 2. 緊急に利用する必要があったため									
鹿児島市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて訪問介護等利用者負担助成差額の支給を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 -										

(注) この申請書に該当月分の領収証を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 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							
			2 当座預金							
			3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

市 記 入 欄	() 円 × 0.5 = () 円 (給付実績確認 済・未)		
	() 円 × 0.5 = () 円		
	支 給 額	決 定 年 月 日	
	¥		
受 付	審 査	実績確認	備 考