

訪問介護等利用者負担助成差額支給申請書 市

フリガナ	カゴシマ タロウ	保険者番号	4 6 2 0 1 0
被保険者氏名	鹿児島 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生年月日	明・大・昭 14年 1月 1日生		
住所	(〒892-8677) 電話番号 224-2222 鹿児島市 山下町11番1号		
支払った訪問介護利用者負担額等	支払った期間	平成 25年1月 1日から 25 年 1月 31日	
	(1ヶ月ごとに)	¥20,000	
訪問介護の提供を受けた事業所の所在地及び名称	〒892-1111 鹿児島市●●町1234番地 △△ヘルパー事業所 電話番号 112-1234		
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	平成 25年 4月 15日	負担者番号 123456 6
	適用年月日	平成 25年 4月 1日	受給者番号 12 34567 8
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。 令和 3年 5月 1日 住所 鹿児島市 山下町11番1号 申請者 氏名 鹿児島 太郎 電話番号 224-2222			

(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	本店種	口座番号							
	△△	支店出張所	1 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
	金融機関コード		2 当座預金							
	1	2	3	4	5	5	5	3 その他		
フリガナ	カゴシマ タロウ									
口座名義人	鹿児島 太郎									

市記入欄	()円 × 0.5 = ()	支給額	
	()円 × 0.5 = ()		
	¥		

・被保険者本人以外の口座の場合は委任状の記入が必要。
 ・通帳のコピーを添付すること。
 (金融機関、店舗、口座名義人のフリガナが確認できるもの)

受付	審査	実績確認	備考