

年 月 日

取手市長 殿

申請者住 所

氏 名

取手市介護保険居宅サービス利用者負担額助成申請書

取手市介護保険居宅サービス利用者負担額助成事業実施要綱第5条の規定により、居宅サービス利用者負担額の一部助成を受けたいので関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ																		
被 保 険 者 氏 名						被 保 険 者 番 号												
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭					年	月			日								
住 所	〒											電話番号						
申 請 対 象 月						年	月 分											
利 用 金 額												円						
口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関名																	
	支 店 名																	
	種 目	1 普通預金				2 当座預金				3 その他								
	口 座 番 号																	
	口座名義人																	

※利用者負担額に係る領収書又は支払が確認できる書類の写しを添付してください。

市役所使用欄

助成対象月	①利用金額	②高額対象額	対象額 (①-②)	助成額
年 月	円	円	円	円
年度所得金額			ホームヘルプ	
第 段階			有 ・ 無	