

介護サービス利用料助成金支給申請書
(年 月利用分)

年 月 日

(宛先)
伊奈町長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
被保険者との関係 _____ 電話 _____

伊奈町介護サービス利用料負担軽減事業実施要綱第8条に基づき、下記のとおり申請します。

フリガナ				被 保 険 者 番 号			
被保険者氏名							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 _____			電話 _____			
利用サービス (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問型サービス		<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所型サービス				
口座振替依頼書	銀行 信用金庫 農 協		本店 支店 出張所		預金種別		
	口座番号		口座名義人		普通 当座		
			フリガナ				

町 処 理 欄			
利用者負担額 (1割相当額)	円	助 成 額	円

- ※ 申請書には、事業者の発行したサービス提供証明書及び領収書（原本）を添付してください。
- ※ 助成金に1円未満の端数が生じたときは、端数切捨てとなります。