

様式第1号（第6条関係）

杉戸町介護サービス利用者負担助成申請書（認定証兼償還払）

（平成 年 月分）

ふりがな		保険者番号	114645
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 電話 ()		
入所中の 介護保険施設 (施設入所者 のみ記入)	所在地		
	施設名		
	入所年月日	平成 年 月 日	
認定結果	要支援 1 2	有効期間	年 月 日～
	要介護 1 2 3 4 5		年 月 日
申請事由	①保険料第1段階に該当者 ②保険料第2段階に該当者 ③保険料第3段階に該当者 ④その他		
杉戸町長宛			
<p>上記のとおり、介護保険利用者負担の助成を受けたいので申請します。</p> <p>また、利用料助成の審査及びその他介護保険給付審査にあたり、市町村民税等賦課・申告情報を提供することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 氏名 _____ 印</p> <p>電話 _____ () _____</p>			