

様式第6号(第14条関係)

杉戸町介護サービス利用者負担助成請求書

(平成 年 月分)

平成 年 月 日

杉戸町長 へ

被保険者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

杉戸町介護サービス利用者負担助成金について、下記のとおり請求します。

なお、受領については、下記の預金口座に振込みをしていただきたくお願いします。
また、預金名義人が本人と異なる場合は、下記の口座名義人に委任しましたので、振込みをもって当方の受領を認めます。

請求金額 _____ 円

下記の口座に振り込みしてください。

振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協 本店・支店
預 金 種 目	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	
口 座 名 義 人	ふりがな

*以下は記入しないでください。

事務処理欄	保険料段階	
	自己負担額	円
	支給額	円