

様式第5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
(年 月分)

年 月 日

杉戸町長 あて

被保険者 住 所 _____

氏 名 _____

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。

被保険者番号		自己負担額	円
高額区分		支給額	円