

川越市介護サービス等利用者負担額受給資格登録申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

住 所

申請者 氏 名

電 話

次のとおり、川越市介護サービス等利用者負担額支給要綱第4条の規定に基づき申請します。

対 象 者	住 所													
	フリガナ 被保険者氏名													
	生 年 月 日	年 月 日生												
介護保険被保険者番号		1	0	0									性 別	男 ・ 女

私が川越市から受ける支給額を下記預金口座へ振り込むよう依頼します。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀 行 農 協 信用金庫				本 店 支 店 出張所			種 目	口座番号 (右つめで記入)					
	金融機関コード				店舗コード			1 普通預金						
								2 当座預金						
								3 その他						
		フリガナ 口座名義人												

【委任状】 ※口座名義人が本人以外の場合のみ記入

受任者 (口座名義人)

住所

氏名 被保険者との関係 ()

に係る介護サービス等利用者負担額助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

同意書

(提出先)
川越市長

介護サービス等利用者負担額支給を受けるに当たり、私の世帯全員の市民税課税台帳の閲覧に同意します。

年 月 日

	住所
申請者 (被保険者)	氏名 _____
	生年月日 (年 月 日)
世帯員	氏名 _____
世帯員	氏名 _____
世帯員	氏名 _____