

野田市介護保険特定居宅サービス等利用者負担額軽減助成申請書

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな 被保険者氏名 | 保険者番号 | | | | 1 | 2 | 2 | 0 | 8 | 5 |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | |
| 助成金交付申請 対象期間 | | | | | | | | | | |
| サービス利用額 | | | | | | | | | | |
| 軽減決定事項 | | | | | | | | | | |
| 助成金申請額 | | | | | | | | | | |
| (宛先)野田市長 上記のとおり利用者負担額の軽減に関する助成金の交付を受けたいので申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 | | | | | | | | | | |

※ サービス提供証明書を添付してください。

助成金の支給を決定した場合、下記の口座に振り込んでください。

| | |
|---------------|-------|
| 金融機関名 | |
| 口座番号 | 普通・当座 |
| ふりがな 口座名義人 | |