様式第１号（第６条関係）

富士見市介護保険サービス利用者負担助成認定申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）富士見市長

申　請　者

住　　所

氏　　名

電話番号

介護保険サービス利用者負担の助成対象者として認定を受けたいので、富士見市介護保険サービス利用者負担助成金支給要綱第６条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | １１２３５９ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　月　　日 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所（本人住所） | 〒　　　－　　　　　　電話番号　　　　－　　　－ |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 　銀行・信用金庫・農協　　　　　　本・支店 |
| 預金種目 | □普通預金　　　□当座預金 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 | ※本人名義以外の場合は続柄を記入（　　　） |

保険者記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決定年月日 | 所得段階 | 給付制限 |
| 令和　年　　月　　日 | 第２段階・第３段階 | なし・あり |
| 適用年月日 | 世帯課税状況 | 生活保護受給 |
| 令和　年　　月　　日から | 非課税・課税 | なし・あり |
| 有効期限 | 世帯分離 |  |
| 令和　年　　月　　日まで | 令和　年　月　日・なし |