（第６条関係）

米沢市介護保険居宅サービス等利用者負担額助成金支給申請書

（　　年　　月分）

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		要介護度	支援１・支援２・１・２・３・４・５
生 年 月 日	年　月　日		
住　　所	〒	電話番号	（　　）

利用者負担額内訳	サービス名	利用者負担額	事　業　者　名	備　考
対象サービスの利用者負担額合計（A）	円			

米沢市長　あて

上記のとおり、関係書類を添えて米沢市介護保険居宅サービス等の利用者負担額の助成を申請します。

この申請に関して必要がある時は、私の世帯に関わる課税状況等を閲覧することに同意します。

年　　月　　日

申請者　　住所　　電話番号　　（　　）

（被保険者）氏名

注意事項

１　利用者負担額の支払に係る領収証を添付してください。

上記の助成金を次の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀　行 信用金庫 信用組合	本　店 支　店 出張所	種　目	口　座　番　号
	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			

市記入欄

対象者確認		他の減額措置の有無	高額介護（介護予防）サービス等
１．段階 第１段階 第２段階 第３～１１段階 ２．生存・死亡	３．生活保護受給（有・無） ４．老齢福祉年金受給（有・無） ５．保険料滞納状況（有・無）	１　訪問介護利用者負担助成（該当・非該当） ２　社会福祉法人による減免（該当・非該当）	（有・無） 対象サービス分算出 過誤（有・無）
助成金額			