

様式第 1 号 (第 4 条関係)

介護保険利用料助成金交付申請書

年 月 日

嵐山町長 様

申請者 住所

氏名

印

電話

次のとおり介護保険利用料助成金の支給を申請します。

被保険者番号			
被保険者氏名			
住所			
振込先金融機関 (振込先が昨年と同じ場合は、下記の昨年同に○を付け、右記の記載はしないでください)	銀行	本店	
	信用金庫	支店	
	組合	出張所	
	普通口座	口座番号	
フリガナ			
昨年同	口座名義人		

注 申請者、被保険者、口座名義が同一人物でない場合は、委任状の記載をお願いします。

注 町税及び介護保険料の滞納がある場合、利用料助成金の支給ができない場合があります。

注 今回の支給以降、利用料助成金が支給される場合、 年 月利用分まで、今回申請した口座に自動的に振り込まれます。

町記入欄

納付状況	被保険者別	所得段階	助成率	領収書確認	備考
滞納有無	1号・2号	第 段階	%	要・不要	