様式第５（第１２条関係）

知立市介護保険利用者負担額軽減助成金交付申請書

（　　年　　月分）

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		受給者番号	
生年月日	年　月　日	性別	男・女
住所	〒 電話番号（　　）　―		

居宅サービス事業者名	サービスの種類	利用者負担額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
合計		円

知立市長　　様

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額軽減の助成金の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　㊞

電話番号（　　）　―

注意　１　この申請書に該当月分のサービスを受けた事業者において発行する当該対象サービスに要した費用に関する証拠書類を添付してください。

２　申請する際は、必ず受給者証を提示してください。

上記の助成金を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	店	１　普通預金 ２　当座預金 ３　その他	
	フリガナ			
	口座名義人			