

様式第6号（第12条関係）

介護保険利用者負担額助成支給申請書									
年 月 分			保険者番号						
フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名									
生年月日		年 月 日生			性別		男 ・ 女		
住 所		〒 - 電話番号 -							
利用状況	サービス事業者名		対象サービス種類			利用者負担額		備考	
						円			
						円			
<p>諏訪広域連合                      広域連合長 様                      上記のとおり、関係書類を添えて、介護保険利用者負担額助成の支給を申請します。                      また、当該利用者負担額の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。                      年 月 日                      住 所                      申請者                      (兼委任者) 氏 名 印</p> <p>上記の権限を受任します。                      指定居宅サービス事業者 事業者番号                      住 所                      名 称                      代表者氏名 印                      (電話番号 - )</p>									

※ 添付書類：サービス提供証明書、サービス利用票・別表（利用実績が記載されたもの）、領収書

介護保険利用者負担額助成分を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依 頼 覧	フリガナ	口座名義人	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号				
					1 普通預金 2 当座預金 3 その他					

( ※ 受領委任によらない場合の被保険者と口座名義人が異なる場合のみ記入)

支給される費用の額の受領は、上記の口座名義人に委任します。

被保険者氏名 印

諏訪広域連合記入欄

区 分	保険料滞納状況	確認証番号	書類確認・審査	支給決定額
1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納保険料 (有・無) 滞納保険料 (有・無)			円