

※太枠の中に記入の上、長寿支援課へ提出してください。

様式第1号(第4条関係)

介護保険給付対象サービスに係る負担金補助利用申請書

年 月 日

(宛先) 吉川市長

住 所

申請者

氏 名

電話番号 ()

吉川市介護福祉総合条例附則第4条第2項に基づき、令和 年7月までの介護保険給付対象サービスに係る負担金補助を申請します。

フリガナ		保険者番号		1	1	2	4	3	3
被保険者名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日生								
住 所	〒 電話番号 ()								
資格区分	☐ 第1号区分(老齢福祉年金受給者で世帯非課税者) ☐ 第2号区分(世帯非課税者で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入額が82万6千500円以下)								

私に対する介護保険給付対象サービスに係る負担金補助の支給を下記のとおり口座振替の方法により送金されるようお願いします。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		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 2当座						
	ゆうちょ銀行 記号・番号										
	フリガナ 口座名義人										

注意

- この補助制度は、介護保険給付対象サービスを利用された際に支払われた利用者負担額（居住費、食費、日常生活費などを除き、高額介護(介護予防)サービス費の支給がある場合は、支給を受けた後の額）の上記資格区分欄の割合の金額が支給されます。
- 口座への振込は介護保険給付対象サービス利用月の約4か月後となります。
- 世帯員のいずれかが市民税が課税され、介護保険料区分が変更された場合、この補助制度は利用開始に遡って取消しとなり、既に支給された補助金があった場合には、返還していただくことになります。
- この補助制度の利用期間終了後、再度補助を希望される場合は、申請手续が必要です。