

第10号様式（第12条関係）

上越市介護保険サービス利用者負担金助成申請書

フリガナ		保険者番号	1 5 2 2 2 3			
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	年 月 日	個人番号				
申請金額合計	円					
受領方法						
<input type="checkbox"/> 窓口払い			<input type="checkbox"/> 口座払い			
支払場所	上越市役所内 第四銀行上越市役所 出張所窓口	振込先	金融機関名			
			支店名			
			口座種目	普通・その他（ ）		
			口座番号			
			フリガナ			
			口座名義人			
<p>上記のとおり関係書類を添えて、上越市介護保険サービス利用者負担金の助成を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p>(宛先) 上越市長</p>						

備考

- この申請書の裏面に利用月ごとの内訳を記入し、領収書を貼付してください。
- 同一年度の利用者負担金の助成をまとめて申請することができます。

上越市記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

区 分	保険料納付状況	領収書 確認欄	備 考
1 一般	滞納保険料 有・無		
2 支払方法の変更			
3 給付額減額			

(裏面)
月別内訳書
(年度)

利用月	利用者自己負担額 (円)	助成率	申請金額 (円)
4月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
5月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
6月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
7月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
8月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
9月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
10月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
11月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
12月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
1月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
2月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
3月		$\times 1/2 \quad \times 1/4 =$	
合 計			

備考

- 1 利用者自己負担額とは、助成を受ける前の1割の自己負担額、食費及び居住費です。
なお、利用者負担段階やサービスの種類によって、助成内容が異なります。
- 2 特定福祉用具販売、居宅介護住宅改修及び社会福祉法人が提供する介護老人保健施設の助成率は2分の1、その他のサービスの助成率は4分の1です。
- 3 申請金額に1円未満の端数があるときは、各月ごとに切り捨ててください。

※ ここに領収書を貼付してください。なお、貼付が困難な場合は別添としても差し支えありません。