様式第４号（第７条関係）

居宅サービス利用料軽減額償還払申請書

（　　　　年　　月利用分）　　　　　＜桶川市＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 要介護状態区分 | 要支援１・２　事業対象者  要介護１・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒  電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主の氏名 |  | | | 被保険者との関係 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料支払額  (１割相当額) | 円 | | | 申請金額  (利用料軽減相当額) | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 桶川市長  　　上記のとおり、居宅サービスの利用料軽減額の支給を申請します。  　　なお、今回の申請以降、居宅サービス利用料軽減額の対象になるときは、新たに支給申請をしなくても下記の口座に振り込みの手続きを行うことに同意します。  　　また、過払い等が生じた場合、その後に支給される居宅サービス利用料軽減額の支給額と相殺することに同意します。  　　　　年　　月　　日  　　　　住所  申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との関係）  　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込依頼書  (被保険者名義) | | 銀行・農協  信用金庫  信用組合 | 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 | | | 普通  当座 | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

本人口座が無い等の理由で、親族の口座への振り込みを希望する場合は、下記の同意書に記入して下さい。

同　意　書

私の桶川市居宅サービス利用料軽減額について、上記口座に振り込むことに同意します。

　　　　　年　　月　　日

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞