

様式第5号(第8条関係)

和光市介護保険利用料助成金交付請求書

年 月 日

和光市長 様

請求者 住所 **和光市広沢1-5**  
氏名 **和光 花子**

次のとおり介護保険利用料の助成金を請求します。

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| 助成認定者氏名 | <b>和光 花子</b>                       |
| 助成認定番号  | <b>(※被保険者番号を記入)</b>                |
| 請求する月分  | <b>(※介護保険サービスを受けた年月を記入)</b> 年 月利用分 |
| 請求額     | 円                                  |
| 利用料の合計額 |                                    |

※次の振込先金融機関は、初回または変更がある場合のみ記入してください。また、助成認定者本人の名義の口座を記入してください。

|              |                                           |                               |
|--------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| 振込先金融機関<br>※ | <div>〇〇 <div>銀行</div>信用金庫</div>           | <div>〇〇 <div>本店</div>支店</div> |
|              | <div><div>普通</div>当座</div>                | 口座番号 <b>〇〇〇〇〇〇〇〇</b>          |
|              | フリガナ <b>ワコウ ハナコ</b><br>口座名義人 <b>和光 花子</b> |                               |

備考 請求する月分の利用料の領収書又は支払った利用料の額を証する書類を添付してください。

|      |                                    |       |   |
|------|------------------------------------|-------|---|
| 市記入欄 | <input type="checkbox"/> 所得段階（ ）   | 助成決定額 | 円 |
|      | <input type="checkbox"/> 市内に住所を有する |       |   |