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**

連絡先　　**012-345-6789**

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 (被保険者氏名)	**和光　花子**
助成認定番号 (被保険者番号)	**(※被保険者番号を記入)**
生年月日	年　　月　　日
請求する月分	**(※介護保険サービスを受けた年月を記入)** 年　　月利用分

※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、助成認定者本人名義の口座を記入してください。

○○	銀　行 信用金庫 農　協 (　　)	○○	本　店 支　店 出張所
普通 当座	口座番号 ○○○○○○○	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　**ワコウ　ハナコ** **和光　花子**

備考　・領収書の添付は不要です。

・利用料助成を受けた金額については医療費控除の対象となりません。

市記入欄	□所得段階(　　) □市内に住所を有する	助成決定額	円