

別記様式 1

西川町在宅サービス推進事業限度額超自己負担分助成申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		0	6	3	2	2	2
	被保険者番号							
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女					
住 所	〒 西川町大字		電話番号					
サービス利用月	年 月							
超 過 額	円							
要 介 護 度	要 支 援 ・ 要 介 護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
認 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日							
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 内訳書 (支給限度額を超えて全額自己負担分した料金が確認できるもの)							
(あて先) 西川町長 上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 申請者 (本人) 氏名 電話番号 印								

助成費入金口座を記入してください。

口座振込依頼欄	銀行 農協	支店 支所	種目	口 座 番 号				
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金					
			2 当座預金					
			3 その他					
フリガナ 口座名義人 (本人又は家族)								

※ 口座が本人名義でない場合は承諾書を添付してください。

※ 町記入欄

確 認 事 項	要介護 認定	要支援・要介護 1 2 3 4 5	判定年月日	年	月	日
	判定	適	却下(理由)		