

様式第5（第10条、第13条関係）

訪問介護等利用者負担額助成金支給申請書

【 年 月分】

(フリガナ) 被保険者氏名	保険者番号		2	3	2	1	7	3
	個人番号							
	被保険者番号							
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		性別		男・女			
住所	〒 - - (電話番号 - -)							
サービスに要した費用額等	①利用者負担額 (1割) 円	②助成支給額 円	③社会福祉法人 軽減助成支給額 円		④支給申請額 円			
助成認定証	適用年月日 年 月 日		有効期限 年 月 日		公費受給者番号 第 号			
<p>江南市長 上記のとおり、関係書類を添えて訪問介護等利用者負担額助成金の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印</p>								
<p>江南市長 この申請に係る支給決定額の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。</p> <p>受領委任者 氏名 印</p>								
受取人の 住所 事業者名 代表者氏名	〒 住所		事業所番号					
	(電話番号 - -)							
<p>事業者名</p> <p>代表者氏名</p> <p>なお、支給決定額は、別途請求書により請求します。</p>								

【注意】

- ・この申請書は、月単位で作成し、サービス提供証明書を添付してください。
- ・「申請者」「受領委任者」欄は、利用者又は家族の方が記入(被保険者名)し、押印してください。
- ・支給決定額は、所定の請求書により請求してください。