

介護保険等自己負担額助成金交付申請書  
( 年 月 サービス利用分)

深谷市長 あて

深谷市介護保険等自己負担額助成金交付要綱第5条の規定に基づき助成金の交付を申請します。

フリガナ												
申請者氏名					被保険者番号							
生年月日	年 月 日				性別	男・女						
住 所					電 話 番 号							

\*上記以外の方が申請される場合はご記入ください。

申請代行者氏名					電話番号						
住 所											

別紙領収書( 枚)のとおり申請します。

介護保険等自己負担額助成金を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	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					
	フリガナ		普通 当座						
	口座名義人								

注

- 1 この申請書の裏面に領収書を添付してください。
- 2 振込口座は申請者本人のものを記入してください。

申立及び同意

- 1 介護保険等自己負担額助成金を受給後に、大里広域市町村圏組合の高額医療合算介護（予防）サービス費の支給対象となった場合、介護保険等自己負担額助成金相当額を高額医療合算介護（予防）サービス費から減じていただくよう申し立てします。
- 2 介護保険等自己負担額助成金の交付決定に必要な私の所得状況を市税情報等により確認することに同意します。
- 3 高額医療合算介護（予防）サービス費の算定時に、大里広域市町村圏組合に介護保険等自己負担額助成金の受給情報を提供することに同意します。

市記入欄

保険料段階	高額介護サービス費		
第一・第二・第三	有( )・無		
世帯合算	保険料滞納	他の減免適用状況	助成金
有( ) 無	有・無	有( ) 無	