

年 月 日

介護保険等自己負担額助成金交付申請書

深谷市長 宛て

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、下記の事項に同意のうえ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					

注 上記以外の方が申請される場合はご記入ください。

窓口に来た方		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。

☐振込口座は添付書類に同じ。 ☐振込口座は前回振込を受けた口座と同じ。

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				
			普通 当座					
	フリガナ							
	口座名義人							

注 振込口座は申請者本人のものを記入してください。

記

次の事項について、同意する場合は☑（チェック）をしてください。

- ☐ 1 介護保険等自己負担額助成金の交付決定に必要な私の介護保険に係る資格・賦課・徴収の情報を確認することに同意します。（同意した場合は、助成対象年度における介護保険料所得段階区分を証する書類、介護保険料を滞納していないことを証する書類、住所地特例に該当しないことを証する書類の添付を省略することができます。）
- ☐ 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介護保険に係る給付に関する情報を確認することに同意します。
- ☐ 3 本申請にあたり、助成対象自己負担額については、全て支払い済みです。
※ 上記「2」「3」に同意した場合は、助成対象自己負担額にかかる領収書等の原本の添付を省略することができます。ただし、給付に関する情報により確認できる範囲（おおよそ申請月の2か月前まで）に限ります。また、状況により領収書等原本を確認させていただくことがあります。
- ☐ 4 高額医療合算介護（予防）サービス費の算定時、介護保険等自己負担額助成金の受給情報を大里広域市町村圏組合に提供することに同意します。
- ☐ 5 （第2号被保険者のみ）介護保険等自己負担額助成金の交付決定に必要な私と私の属する世帯全員の市税情報を確認することに同意します。（同意した場合は、助成対象年度の申請者及び申請者の属する世帯全員の課税状況を証する書類、住所地特例に該当しないことを証する書類の添付を省略することができます。）

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	