

所沢市介護保険利用者負担助成金申請書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

介護保険利用者負担助成金の支給を次のとおり申請します。
 本申請の審査に当たり、世帯全員の市民税課税台帳の閲覧を承諾します。

フリガナ							
被保険者氏名							
住 所							
介護保険被保険者番号	1	0	0				/
生 年 月 日	明・大・昭		年		月		日
利用月 <small>(利用月ごとに支払った額が証明できる領収書の写しを添付) ※領収書は返却できません</small>	年 月分		年 月分		年 月分		
	年 月分		年 月分		年 月分		
助成金支給対象要件 <small>(該当する要件にレ点) ※両要件を満たす場合、支給対象</small>	<input type="checkbox"/> 世帯全員が住民税非課税です。						
	<input type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していません。						

※ 申請者が相続人又は後見人等の場合のみ記入

申請者氏名 _____ (続柄 _____)

住 所 _____

電話番号 _____ (_____)

※ 助成金の支給は、原則として口座振込で行われます。
 ※ 振込口座の指定又は変更をする場合には、「所沢市介護保険利用者負担助成金振込口座登録用紙」を記入の上、介護保険課にて登録手続きを済ませてください。

提出代行	氏名		住所			
			続柄	電話	(_____)	

※申請の期限：利用月の末日から6か月以内

申請期限 早見表

- ・申請のできる期間は、介護サービス利用月の末日から **6か月以内**です。
- ・下記、申請月に対して斜め罫線・網掛けされていない月が助成対象月です。

申請月	助成対象月											
1月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	前年 7月	前年 8月	前年 9月	前年 10月	前年 11月	前年 12月
2月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	前年 8月	前年 9月	前年 10月	前年 11月	前年 12月
3月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	前年 9月	前年 10月	前年 11月	前年 12月
4月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	前年 10月	前年 11月	前年 12月
5月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	前年 11月	前年 12月
6月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	前年 12月
7月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
8月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
9月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
10月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
11月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

(例) 4月申請の場合 →前年の10月から当年3月が助成対象月