

訪問介護等利用者負担額減額支給申請書

フリガナ	<b>カスカベ タロウ</b>		保険者番号		1	1	2	1	4	4			
被保険者氏名	<b>春日部 太郎</b>		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	<b>昭和12年10月 1日</b>		性別	<b>男</b>									
住 所	〒 <b>344-8577</b> <b>春日部市中央6-2</b> 電話番号 <b>048 (736) 1111</b>												
春日部市長 あて  訪問介護等の利用者負担額に係る減額支給について申請します。  <b>令和 〇年 〇月 〇日</b>													
申請者	住所	<b>春日部市中央6-2</b>		電話番号	<b>048 (736) 1111</b>								
	氏名	<b>春日部 太郎</b>		印									
申請代理人	住所			電話番号	( )								
	氏名												

上記の給付費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄 (指定口座)	銀行名				支店名			種目	口 座 番 号						
	<b>かすかべ銀行</b>				<b>春日部西口支店</b>				1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	1	2	3	4	5	6
	金融機関コード				店舗コード										
	1	2	3	4	8	9	0	<b>カスカベ タロウ</b> <b>春日部 太郎</b>							
フリガナ 口座名義人															