

年 月 日

常陸太田市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金支給申請書

常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金の支給について、下記のとおり申請します。

なお、常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金の支給に関しては、当申請書の提出により継続して申請がなされたものとみなして、介護事業者からの介護報酬明細書等に基づき処理することに同意します。

また、過払い等が生じたときは、その後に支給される常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金と相殺することに同意します。

記

フリガナ		被保険者番号																
被保険者氏名		電話番号																
生年月日	年 月 日	電話番号																
住 所																		

口座振込 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														
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他															
	フリガナ																	
	口座名義人																	

※振込先の口座が分かる書類の写しを添付してください。

委任状

代 理 人	住 所	私は左記の者を代理人と定め、常陸太田市介護サービス利用者負担額助成金支給申請等に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 住 所 氏 名 印
	氏 名	
	電話番号	