

別記様式（第5条関係）

刈谷市介護支援ベッド貸与利用料補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....

氏 名.....

下記のとおり申請します。

なお、交付が決定されたときは、補助金を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

記

フリガナ		介護保険被 保険者番号	0	0	0	0	0												
利用者氏名																			
要介護状態区分等 及び認定有効期間	要支援1・要支援2・要介護1	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで										
		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで										
〔利用年月に対する認定有効 期間をご記入ください〕	要支援1・要支援2・要介護1	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで										
		令和	年	月	日まで														
介護支援ベッド が必要な理由																			
貸与事業者名 及び製品名	事業者名	製品名																	

申請額

利用年月	介護保険の 利用者負担割合	申請額
		・利用者負担割合1割：1か月当たり限度額2,970円 ・利用者負担割合2割：1か月当たり限度額2,640円 ・利用者負担割合3割：1か月当たり限度額2,310円 (注)1円未満切捨て
令和 年 月	1割・2割・3割	円
令和 年 月	1割・2割・3割	円
令和 年 月	1割・2割・3割	円
令和 年 月	1割・2割・3割	円
令和 年 月	1割・2割・3割	円
令和 年 月	1割・2割・3割	円
合 計		円

振込先口座

金融機関名	支店等名	預金種別	口座番号																
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座																	
フリガナ																			
口座名義人																			

備考 この申請書に領収証を添付してください。