

介護保険等サービス利用料助成金請求書

(請求日) 令和 年 月 日

秩父市長様

次のとおり請求します。

住 所	〒		
被保険者番号			
被保険者氏名	(印)		
電話番号		受領方法	口座振込

振 込 先	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通 当座	口座番号	
	口座名義(カカ)			

請求金額																				円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

*請求金額の一上位に¥の符号を付けてください。

請求内訳

種別及び名称	実費負担額	支給率	金額
介護保険等サービス利用料助成金			
合 計			

担当 高齢者介護課 高齢者担当 ☎ 25-5205

※赤枠内のみ記入してください。