様式第２号（第７関係）

長野市介護保険利用者負担援護金請求書

（ 　　　　　年　　　月分 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）被保険者氏名 |  | 受給資格番号 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　 年 　　月 　　日 |
| 住　　　　　所 | 〒　　　　　連絡先（電話） |
| 支払金額合計 |  円 |
| 支払希望金融機関 | 　　　銀行・信金　　　　　　　　　　　本店・本所　　　農協・県信　　　　　　　　　　　支店・支所 |
| （フリガナ）口座名義人 |  | 口座種別 | 普通　 ・　 当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　長野市長　　　　宛　　上記のとおり介護保険利用者負担援護金を請求します。　　援護金を上記の口座に振り込んでください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所請 　求　 者（被保険者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　長野市長　　　　宛　　上記の援護金の受領を、次の口座名義人に委任します。　　　　　　　　住　　所口座名義人　　　　　　　　氏　　名委任者　　　　　　　　　　　　　　　　 　（被保険者） |

* ｢支払金額合計｣の欄には、領収書の金額を記入してください。
* 申請に際しては、必ず領収書の写しを添付してください。

長野市処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 援　護　金　支　払　金　額 | 審　査　年　月 | 受　付　日 |
| 円 | 月 |  |