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 |  |