様式第１号（第６条関係）

豊田市低所得者利用支援費支給申請書

（令和　　年　　月分）

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		保険者番号	2 3 2 1 1 6
		被保険者番号	0 0
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
住　　所	〒 電話番号		
利用サービス （対象金額）	1　訪問系サービス〈ヘルパー〉※１　　対象金額　（　　円） 2　通所系サービス〈デイサービス〉※２　（　　円） 3（介護予防）短期入所生活介護〈ショートステイ〉　（　　円）		

豊田市長　様

上記のとおり、関係書類を添えて低所得者利用支援費の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

住所

申請者

(被保険者)　　氏名

注意：この申請書にケアマネジャーが作成する実績が確定したサービス利用表（別表を含む）又はサービス提供表、サービス事業所が発行する領収書（領収明細書）を添付してください。

※１　訪問系サービス

（介護予防）訪問介護、介護予防訪問サービス、生活支援訪問サービス

※２　通所系サービス

（介護予防）通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所サービス、生活支援通所サービス

上記の利用費の助成を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	普通 当座 その他	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

注意：ゆうちょ銀行の場合・支店コードは通帳番号（5ケタ）を記入し、通常貯金は普通、振替貯金は当座に○をつけてください。

豊田市 記入欄	要介護度	所得区分	対象サービス	給付制限対象
	要介護（　） 要支援（　） 事業対象者	該当・非該当	訪問系サービス 通所系サービス 短期入所生活介護	償還払化・差止め・給付減額

支給対象合計金額	支払い金額	備考（窓口等確認事項）　確認日　年　月　日	対応者