

介護保険訪問看護利用者負担軽減補助金の受領に関する申出書

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月 日

【口座情報】

金融機関名	支店名	種別	口座名義人
銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所	1. 普通	(カナ) 被保険者との続柄 ()
金融機関コード(4ケタ)	支店コード(3ケタ)		口座番号(7ケタ)

(あて先) 西東京市長 宛

西東京市介護保険訪問看護利用者負担軽減補助金の交付について、上記口座への振込みをお願いいたします。

令和 年 月 日

申請者 本人 代理人 (本人との関係:)

住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

※申請者が代理人の場合は、被保険者本人が同意する旨を記載してください。

上記代理人が申請することについて同意します。

被保険者氏名 _____ 印

※この届出後、上記内容に変更があった場合には、速やかに届け出てください。