

後期高齢者入院時負担軽減申請書

千代田区長 殿

関係書類を添えて後期高齢者入院時負担軽減助成を申請します。

また、申請者および対象者の必要な情報を照会することについて同意します。

		申請日	20	年	月	日
① 対象者	氏名	生 年 月 日	19	年	月	日
	住所	〒 千代田区				
	同意・サイン	受給資格認定に際し、対象者の介護保険の認定情報、生活保護の受給状況など必要な情報を照会することについて同意します。 また、サービス提供に必要な範囲内で、サービス受給情報を高齢者あんしんセンターなどに提供することに同意します。				
	申請内容	今回申請する最初の 入院日	20	年	月	日
		今回申請する最初の 医療機関名				その他入院した 医療機関数

※申請日から遡って1年を経過した入院期間は助成金計算の対象外です。

※入院日数を確認できる書類(領収書原本など)を添えて申請してください。領収書原本は、在宅支援課で確認後ご返却します。

助成金は下記の金融機関の口座にお振込みください。(選択式は該当する数字をご記入ください。)

② 振込先	金融機関名	1 銀行 2 信用金庫 3 信用組合	1 本店 2 支店	1 普通 2 当座
	口座名義人 (カタカナ)	口座番号		

※対象者本人または代理人の名義以外の口座への振込を希望するときは別途書類が必要です。

※ゆうちょ銀行の場合は、振込み用支店名(3桁の数字)・口座番号をご記入ください。

③ 申請者	氏名	電話 番号
	住所	〒
	対象者との 関係	対象者ご本人以外の方が申請・受領する場合は「④委任欄」に記入してください。

※対象者と同じ場合は、電話番号のみご記入ください。

④ 委任欄	私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者入院時負担軽減の申請・受領に関する権限を委任します。	
	<input type="radio"/> 申請のみ	<input checked="" type="radio"/> 申請と受領まで
	委任者氏名 (対象者)	住所 千代田区
	代理人氏名 (申請者)	住所

区処理欄

区処理欄のため、申請者は記入しないでください。

■ 利用料・自己負担金等の未払いなし

今年度分

入院日数	7～30日	31～60日	61～90日	91～120日	121日以上
助成金額	10,000円	20,000円	30,000円	40,000円	50,000円

入院日数 (累計)	—	入院日数 (助成済分)	=	入院日数 (今回対象分)	
<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	日
助成金額	—	助成済金額	=	今回助成金額	
<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円

前年度分

入院日数	7～30日	31～60日	61～90日	91～120日	121日以上
助成金額	10,000円	20,000円	30,000円	40,000円	50,000円

入院日数 (累計)	—	入院日数 (助成済分)	=	入院日数 (今回対象分)	
<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	日
助成金額	—	助成済金額	=	今回助成金額	
<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円	<input type="text"/>	円

【問合せ先】 在宅支援課 在宅支援係 03-6265-6482