|  |
| --- |
| **事業者基本情報・口座情報届出書****（介護保険サービス利用者負担額助成用）** |

江戸川区長　殿

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 介護サービスの種類 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所の管理者の職名及び氏名 |  |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 事業所の電話番号 |  |

介護保険サービス利用者負担額減額助成費について、下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 |  | 銀行信用金庫信用組合 |  | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 金融機関コード | 店舗コード | 1.普通預金2.当座預金3.その他 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

* 初めて本事業を利用する場合のみご提出ください。
* 届出内容の変更がございましたら、その都度ご提出ください。
* 助成費の支給が決定した際の通知は、事業所の所在地にお送りします。