|  |
| --- |
| **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。