

介護サービス事業者による利用者負担軽減申請書

| | | | | | |
|---|-----------|------|----|------------------|-----|
| フリガナ | | | | 確認番号 | |
| 被保険者氏名 | | | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 電話番号 | | | | |
| 利用者負担軽減申請理由 | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○をつけてください。 | |
| 世帯主 | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯員 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| <p>(あて先) 白井市長</p> <p>上記のとおり介護サービス事業者による利用者負担の軽減対象を受けたいので申請します。 なお、軽減対象の確認にあたり、年金資格や世帯員の課税状況について調査することに同意します。</p> <p>年 月 日 住所 電話番号 申請者 氏名 ㊟</p> | | | | | |

※この申請書の提出にあたっては、預貯金等の写しを添付してください。

白井市記入欄

| 交付年月日 | 備 考 |
|-------|---|
| 年 月 日 | (生計中心者の所得状況等を把握) ・年間収入 ・預貯金 ・居住の用に供する家屋以外の資産の有無 ・扶養の状況 ・介護保険料滞納の有無 |
| 適用年月日 | |
| 年 月 日 | |
| 有効期限 | |
| 年 月 日 | |