様式第１号（第７条関係）

介護保険居宅サービス等利用者負担金助成認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 　被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 利用者負担金助成申請の理由 |  |
| 世帯構成生計中心者には○を付けてください。 | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 氏　名 | 年齢 | 性別 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 添付書類 | * 世帯の収入状況に関する届出書
* 前年の収入額の分かる書類
* 直近のサービス利用票・別表
* その他
 |
| （宛先）伊勢崎市長　上記のとおり、介護保険居宅サービス等利用者負担金助成を申請します。　また、審査に伴う所得等の調査について同意します。　　　年　　月　　日　　申請者　　住　　所　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　電話番号　 |
| 市記入欄 |
| 受付日 | 　　　年　　月　　日 | 決定日 | 年　　月　　日 |
| 適用期間 | 　　　年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 |
| 認定 | 介護度 | 有効期間 | 年　月　日～　　年　月　日 |
| 課税状況 | 収入状況 | 保険料滞納 | 生保適用 | その他適用 | 適用 |
| 非課税課税 | 該当非該当 | 無有 | 無有 | 無有 | 承認不承認 |