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 | | | | | | | | |