

介護保険在宅サービス低所得負担軽減認定申請書

比布町長 様

次のとおり、介護保険在宅サービス利用者負担軽減の認定申請をします。

フリガナ 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 - -)				
	氏 名	生 年 月 日	性 別	市町村民税課税 ・ 非課税の別	備 考
世帯構成	世帯主	年 月 日		課 ・ 非	
	世帯員	年 月 日		課 ・ 非	
		年 月 日		課 ・ 非	
		年 月 日		課 ・ 非	
<p style="text-align: center; font-weight: bold;">同 意 書</p> <p>上記申請について、私及び私の世帯に属する者（以下「私等」という。）の収入状況、預貯金額、資産内容、扶養状況、公的年金等の受領額等について、比布町が官公署、銀行、信託会社、私等の雇用主その他の関係人（以下「官公署等」という。）に報告を求めることに同意します。 また、比布町の報告要求に対し、官公署等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署等に伝えて構いません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>					

町記入欄

交付年月日	審査（判定）結果
年 月 日	社会福祉法人等介護保険サービス利用者負担軽減
適用年月日	該当 ・ 非該当
年 月 日	
有効期限	該当の場合 確認番号 ()
年 月 日	