

様式第1号（第5条関係）

在宅介護保険サービス利用者負担軽減認定申請書

対象者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 女
住所	〒		
介護認定状況	有効期間	年 月 日から 年 月 日	
	要介護状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2
<p>燕市長 様</p> <p>上記のとおり在宅介護保険サービス利用者負担軽減の認定を申請します。</p> <p>なお、申請内容の確認に際し必要のあるときは、地方税法に基づく課税台帳等により世帯の収入等について確認することを承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名 ⑩</p>			

在宅介護保険サービス利用者負担軽減助成金を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	種目 普通 当座	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

(添付書類)

- 1 収入等申告書（様式第2号）
- 2 医療保険被保険者証の写し
- 3 振込先の預金通帳の写し