

音更町

別記第1号様式

（介護保険サービス利用者負担軽減対象確認
社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認）申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------|--|--|--|------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|
| フリガナ | | 認定番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担軽減対象のサービス区分 | <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用者負担軽減 訪問介護、訪問型サービス、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所型サービス、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、複合型サービス | | | | | | | | | | | | | | |
| | } 介護予防を含む <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担軽減 訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、複合型サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | 氏 名 | | | | | 生年月日 | | | | | 申請者との続柄 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 音更町長 宛て 上記のとおり「介護保険サービス利用者負担軽減」及び「社会福祉法人等利用者負担軽減」に係る対象確認の申請をいたします。 また、審査・判定に必要な所得等確認のため、音更町が私と私の属する世帯員の課税状況について調査すること、及び必要があるときは申請、申告内容、確認結果を私が利用する介護保険サービス事業者等へ提供することに同意します。 年 月 日 【申請者】 氏 名 (被保険者) | | | | | | | | | | | | | | | |

■音更町記入欄

| 交付年月日 | 課税状況 | 認定結果 | 認定内容 | 備 考 |
|--------------------|-------|--------|--|-----|
| 年 月 日 | 世帯課税 | 該当・非該当 | <input type="checkbox"/> 町単軽減事業 <input type="checkbox"/> 社福軽減事業 | |
| 有効期限 | | 生保受給 | 非該当理由 | |
| 年 月 日から 年 月 日まで | 世帯非課税 | 有 ・ 無 | 収入・預貯金・資産 扶養・滞 納・負担 | |