

様式第1号（第5条関係）

介護保険サービス利用者負担額助成申請書兼(新規・更新)
社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

代理申請者	本人申請の場合記載不要	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) 被保険者 本人氏名 印 (本人自署の場合は押印不要)
	住所： 電話番号： () 氏名： (本人との関係：)		

フリガナ		保険者番号	1 9 2 0 4 7						
被保険者氏名	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号 ()								
軽減申請事由	1 市町村民税世帯非課税であり、かつ所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため 2 軽減対象者に該当すると思われ、かつ高齢福祉年金受給者であるため								
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください					
世帯構成	世帯主	年 月 日							
	世帯員	年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
都留市長 様 年 月 日 上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。									

----- 保険者記入欄（以下の欄には記入しないでください。） -----

承認	期間等	処理欄	受付
<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 確認番号 <input type="checkbox"/> 交付年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 適用年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 有効期限 年 月 日	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> システム入力	
備考			