

## 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		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						

### 同 意 書

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。

年 月 日

申請者    住所  
                  氏名

印

※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	