

訪問介護等利用者負担額減額申請書

フリガナ	カスカベ タロウ	保険者番号					1	1	2	1	4	4
被保険者氏名	春日部 太郎	被保険者番号					1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大 昭 10年 4月 1日生	性別	男									
住所	春日部市中央6-2											
	電話番号 048 (736) 1111											
申請事由	1. 市町村民税世帯非課税者等 2. その他 ()					身体障害者手帳 有・無 (級 No.)						

同意欄

- ① 訪問介護等利用者負担額減額申請の決定に当たり、対象者の世帯構成並びに税情報について、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。
- ② 申請者の契約する居宅介護支援事業者等がケアプランを作成するため、利用者負担の減額に係る給付率等について、市が当該事業者あて情報提供することについても併せて同意します。
なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

フリガナ氏名	対象者との続柄	生年月日	住所
春日部 太郎	本人	昭和 10年 4月 1日	春日部市中央6-2
春日部 花子	妻	昭和 13年 5月 1日	同上
春日部 春美	長女	昭和 40年 8月 1日	同上

本人を含む、同一世帯の方の情報を記入してください。

※記載にあたって

- 1 申請書等に同意が必要な方の住所を記入している場合は、同意書への住所の記入を省略してもかまいません。
- 2 同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えありません。

春日部市長 あて
上記のとおり申請します。

○年 ○月 ○日

申請者 (被保険者) 住所 **春日部市中央6-2** 氏名 **春日部 太郎** 電話番号 **048 (736) 1111**

申請日と、被保険者の住所・氏名を記入してください。

窓口に来た人 (本人の場合記入不要)	住所	春日部市金崎839-1	電話番号	048(746)1111
	氏名	春日部 次郎	被保険者との関係	1 家族 2 提出代行者 3 その他 ()

市記入欄	交付年	被保険者以外の方が届出をする場合、記入してください。 (郵送の場合、郵送した方の住所・氏名等を記入してください。)		給付率	%	%
	適用年月日	施行前実績・施行後実績・障害者 (市県民税課税状況等の把握)		公費負担者番号		
	有効期限	課税・非課税・その他 (生計中心者の所得状況を把握)				
	年月日	課税・非課税・その他 (申請者の収入状況を把握)		受付		
	年月日	年金収入 円 その他所得 円				