

様式第42号（第29条関係）

| 介護保険利用者負担額減額・免除等申請書 | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-------|----------|----------|--|-----|--|--|--|--|--|
| フリガナ 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 () | | | | | | | | |
| 介護保険施設の 住所地、名称及び入所 (院) 年月日 | 所在地 | 〒 | | 電話番号 () | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | |
| | 入 所 日 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 申 請 事 由 | 1 市町村民税世帯非課税者等 2 その他 () | | | | | | | | | | |
| 春日部市長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 () | | | | | | | | | | | |
| 市 記入欄 | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | 備 考 | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 適用年月日 | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 から | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | |

(表)

年 月 日

同意書

介護保険利用者負担額減額・免除等申請の決定に当たり、対象者の世帯構成並びに下記の者の税情報について、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。

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 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | 対象者との 続柄 | |
| 住所 | | | 対象者と 同居 <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|------|--|-------------|-------------------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | 対象者との 続柄 | |
| 住所 | | | 対象者と 同居 <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|------|--|-------------|-------------------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | 対象者との 続柄 | |
| 住所 | | | 対象者と 同居 <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|------|--|-------------|-------------------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | 対象者との 続柄 | |
| 住所 | | | 対象者と 同居 <input type="checkbox"/> |

※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。

(裏)