

介護保険利用者負担額減額・免除認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号				1	1	2	1	4	4
		被 保 険 者 番 号									
生 年 月 日	年 月 日	個人番号									
住 所	〒 電話番号 ()										
備 考											
春日部市長 あて 前のとおり関係書類を添えて利用負担額に係る減額・免除を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 ()											

市町村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

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以下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 ☐

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 ☐

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 ☐

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 ☐

※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。