

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	カスカベ タロウ	保 険 者 番 号						1	1	2	1	4	4
	春日部 太郎	被 保 険 者 番 号		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
生 年 月 日	昭和12年 4月 1日	個人番号											
住 所	〒344-0067 春日部市中央7-2-1 電話番号 048(123)4567												
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。 〇〇年 〇月 〇日 〒344-0067 住所 春日部市中央7-2-1 申請者 電話番号 048(123)4567 氏名 春日部 太郎													

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	カスカベ タロウ	生 年 月 日	昭和12年4月1日
氏 名	春日部 太郎	対象者との 続 柄	本人
住 所	春日部市中央7-2-1		対象者と 同居 ☐

フリガナ	カスカベ ハナコ	生 年 月 日	昭和10年4月1日
氏 名	春日部 花子	対象者との 続 柄	妻
住 所	春日部市中央7-2-1		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。