

第1号様式（第2条関係）

居宅サービス等利用者負担額軽減認定申請書

フリガナ		-----		保険者番号				0		1		6		9		1		5	
被保険者氏名				被保険者番号															
生年月日		明・大・昭		年		月		日生		性別		男		・		女			
住 所		〒		別海町														電話番号	
利用者負担額 軽減申請理由																		身体障害者手帳 有・無 (級 No.)	
		氏 名		生 年 月 日		性別		生計中心者に○をつけて下さい											
世帯 構成	世帯主																		
	世帯員																		
別 海 町 長 様																			
上記のとおり居宅サービス等利用者負担額に係る軽減を申請します。																			
令和 年 月 日																			
住所 別海町																			
申請者 電話番号																			
氏名																			

生 計 中 心 者 同 意 書

別 海 町 長 様	
居宅サービス等利用者負担額軽減認定のため、町道民税の課税資料等の調査に同意します。	
令和 年 月 日	
住所 別海町	
申請者 電話番号	
氏名 ⑩	

別海町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(介護度の確認) 要支援 ・ 要介護
適用年月日	
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	