

介護保険居宅サービス利用者負担助成認定申請書

フリガナ 申請者 氏名			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日
			性別	男・女
申請者 住所	〒			
申請理由				
沼田市長 様 上記のとおり、居宅サービス利用者負担助成に係る認定を申請します。 また、この認定にあたり必要に応じ、私及び私の世帯員の収入及び資産状況等を貴職が確認することに同意します。 年 月 日 申請者 住所 _____ (対象者) 氏名 _____ 電話 _____ 提出代行者 住所 _____ _____ 申請者との関係 _____ (申請書提出者) 氏名 _____ 電話 _____				

* この申請書には「世帯の収入状況に関する届出書」を添付してください。

市記入欄

受付日	年 月 日
住民税課税状況	課税 ・ 非課税
保険料等滞納状況	有 ・ 無
決定内容	認定する ・ 認定しない
認定適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
重度心身障害者 介護負担助成認定	認定申請済 (認定 ・ 不認定 ・ 未決定) 認定申請未済 ・ 対象外