

介護保険標準負担額減額認定申請書

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 保険者番号 | | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 6 |
| 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 | 〒 電話番号 | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | 〒 電話番号 | | | | | | | | |
| 入 所 (院) 年 月 日 | 年 月 日 | 減額申請事由 | 1.住民税非課税世帯である 2.その他() | | | | | | |
| <p>(あて先) 日野市長</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり食事に係わる標準負担額の減額を申請します。 また、認定に必要な被保険者世帯全員の住民税課税状況調査に同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 (被保険者) 氏名 印</p> | | | | | | | | | |
| この下の欄は申請者の住所以外へ認定証の郵送を希望される場合に記入して下さい。 | | | | | | | | | |
| 認定証の 郵送希望先 | 〒 住所 氏名 電話番号 | | | | | | | | |

市記入欄

| | | | |
|---------|-----------|-----|-----|
| 交付年月日 | 備 考 | | |
| 年 月 日 | 住民税課税の有無 | 有・無 | |
| 有効期間 | 老齢福祉年金の有無 | 有・無 | |
| 年 月 日から | 生活保護受給の有無 | 有・無 | |
| 年 月 日まで | その他 | | |
| | | | 決定額 |
| | | | 円 |