

第2号様式(第9条関係)

利用者負担額軽減対象確認申請書			
フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日		
住所	〒 ー 電話番号		
利用者負担額軽減申請理由		区分	新規・更新・再交付
世帯員	氏名	生年月日	続柄
			本人
<p>(あて先) 日野市長</p> <p>上記のとおり介護保険サービス利用者負担額軽減対象の確認を申請します。</p> <p>なお、私及び私の属する世帯の世帯状況・収入状況・住民税の課税状況・資産の所有状況等を公簿等により調査・確認すること、及び担当している介護支援専門員に市が必要に応じて情報提供することに対して同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 住所 電話番号</p>			
市記入欄			
交付年月日	年 月 日		
適用年月日	年 月 日から	有効期限	年 月 日まで
住民税課税状況	非課税世帯		課税世帯
署名確認			