

訪問介護利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ			保険者番号		0	1	2	1	0	4
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
住 所	〒		電話番号							
訪問介護事業所の所在地及び名称	〒		電話番号							
利用開始年月日 (新規申請の場合のみ)	年 月 日		他の介護サービス利用の有無			有 ・ 無				
負担軽減認定 申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金の収入の合計額が年額80万円以下のもの等 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他()									
<p>岩見沢市長 様</p> <p>上記のとおり訪問介護等に係る利用者負担額軽減の認定を申請します。 また、審査・判定に必要な所得等確認のための課税台帳調査及び適切な介護サービス提供のために必要があるときは、減額認定内容を居宅介護支援事業者へ提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者(被保険者)氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>										

市記入欄

受付年月日	該 当 理 由			軽減事業者
年 月 日		世帯非課税かつ 老齢福祉年金受給者	保険料1段階	該 当 ・ 非 該 当
		世帯非課税かつ 80万円以下等	保険料2段階	
適用年月日		世帯非課税かつ 80万円超	保険料3段階	
年 月 日	非 該 当 理 由			確認番号
有効期限		課税世帯 (世帯員課税)	保険料4段階	第 号
年 月 日 から		課税世帯 (本人課税)	保険料5・6段階	
年 月 日 まで		その他 ()	保険料 段階	