

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 2 その他()									
岩見沢市長 様 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。 令和 年 月 日 申請者(被保険者)氏名 <div style="text-align: right;">電話番号</div>										

市記入欄

受付年月日	該 当 理 由				軽減事業者
令和 年 月 日	世帯全員が非課税	老齢福祉年金受給者 80万円以下の方	保険料1段階	該当・非該当	
		80万円超120万円以下	保険料2段階		
		120万円超	保険料3段階		
適用年月日					
令和 年 月 日	非 該 当 理 由				確認番号
		課税世帯 (世帯員課税)	保険料4・5段階	第 号	
有効期限		課税世帯 (本人課税)	保険料 6・7・8・9段階		
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		その他 (未申告・滞納)	保険料 段階		