様式第１号（第５条関係）

介護保険サービス利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 確認番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 利用者負担額軽減申請理由（いずれかに○） | 　１　市民税世帯非課税であり、老齢福祉年金を受給　２　市民税世帯非課税であり、生計が困難　　　（年金収入等申告書の添付が必要です。） |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○を付けてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 世帯員 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　能代市長　　　　　様　上記のとおり、関係書類を添えて介護保険サービスの利用者負担額の軽減対象の申請をします。　　　　　　年　　月　　日　　　　　住所　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　氏名 |
| 同意書　介護保険サービスの利用者負担額の軽減要件の確認のために必要があるときは、私の介護保険料の賦課状況並びに私と私の属する世帯の所得税及び市民税並びに固定資産税の課税状況につき、能代市長が関係当局に報告を求めることに同意します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　氏名　　　　　　　　　　 |

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　月　　日 | 　 |
| 適用年月日 |
| 　　年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 　　年　　月　　日まで |