

# 離島等地域訪問介護利用者負担減免申請書

フリカナ		保険者番号	4	5	4	3	0	6
被保険者氏名		個人番号						
		被保険者番号	0	0	0	0	0	
生年月日	大・昭 年 月 日 生	性別	男・女					
住所	〒 - 電話番号 ( ) -							
利用者負担額 減免申請理由								
	氏 名	生 年 月 日	生活中心者					
世帯構成	世帯主	大・昭・平 年 月 日						
	世帯員	大・昭・平 年 月 日						
		大・昭・平 年 月 日						
		大・昭・平 年 月 日						
椎葉村長 殿  上記のとおり離島等地域訪問介護利用者負担減免確認の申請をします。また、軽減対象の確認のために必要のあるときは、私及び世帯員の課税状況・収入等の必要事項について、担当職員が調査することに同意します。当該申請が決定された場合には、当該申請にかかる決定事項について、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設等に椎葉村が情報提供することに同意します。  令和 年 月 日  申請者 氏名 _____ (印) 住所 _____ TEL ( ) -  代筆者 氏名 _____ (印) (本人との関係: ) 住所 _____ TEL ( ) -								

【 椎葉村記入欄 】

起 案 日
年 月 日
交 付 決 定 日
年 月 日
適 用 開 始 日
年 月 日 から
有 効 期 限 日
年 月 日 まで

軽減申請判定	該当・非該当
軽減割合	/100
生活保護受給	有 ・ 無
住民税	課税 ・ 非課税
介護保険料滞納	有 ・ 無