様式第24号

訪問介護利用者負担軽減対象確認申請書

（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置）

フリガナ		保険者番号	3 0 2 0 6 7
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生	性　別	男　・　女
住　　所	〒 電話番号		
利用者負担額軽減申請理由			

田辺市長　あて

上記のとおり、訪問介護の利用者負担額の軽減対象の申請をします。

本申請の認定にあたり必要があるときには、各機関に必要な情報の照会を行なうことに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名　　印

電話番号

田辺市記入欄

交付年月日	備　　考		
年　月　日	承認・却下	確　認　事　項	
適用年月日	（確認番号）	・市民税本人非課税	該当　・　非該当
年　月　日 から		・被保護者	該当　・　非該当
有効期限	（減額割合）	・社会福祉法人による生計困難者に対する利用者負担額軽減制度	該当　・　非該当
年　月　日 まで		・その他	

※この申請により取得した個人情報は、田辺市個人情報保護条例に基づき、適切に取扱いたします。