

## 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								
<p>田辺市長 宛</p> <p>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。</p> <p>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うことに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名</p>								

## 田辺市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	承認・却下 (確認番号)  (減額割合)	確 認 事 項	
適用年月日		・ 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		・ 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、適切に取り扱います。