

## 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   | 〒<br>電話番号 |        |   |    |    |   |   |   |
| 利用者負担額<br>軽減申請理由                             |           |        |   |    |    |   |   |   |
| 田辺市長 宛                                       |           |        |   |    |    |   |   |   |
| 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うことに同意します。 |           |        |   |    |    |   |   |   |
| 令和 年 月 日                                     |           |        |   |    |    |   |   |   |
| 住所   |           |        |   |    |    |   |   |   |
| 申請者 氏名                                       |           |        |   |    |    |   |   |   |
| 電話番号   |           |        |   |    |    |   |   |   |

## 田辺市記入欄

| 交付年月日 | 備考                            |   |
|-------|-------------------------------|---|
| 年 月 日 | 承認・却下<br>(確認番号)<br><br>(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 |                               | ・ 被保護者 該当 ・ 非該当                         |
| から    |                               | ・ 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 |
| 有効期限  |                               | ・ その他                                   |
| 年 月 日 |                               |   |
| まで    |                               |   |

※この申請により取得した個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に取り扱います。