

様式第1号 (第4関係)

長野市 介護保険社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認 申請書
介護保険利用者負担援護金支給

フリガナ 被保険者氏名					受給資格番号	※市記入					
					被保険者番号						
個人番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日										
住所					電話番号						
申請の理由						高齢福祉年金受給者番号					
世帯構成	続柄	氏名	生年月日	個人番号							
	世帯主										
	世帯員										
生計を一にする者	※上記以外にあなたと生計を一にする者がいる場合に記入してください。										
続柄	氏名	住所	生年月日	個人番号							
<p>長野市長 宛</p> <p>上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象及び利用者負担援護金の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 連絡先(電話)</p> <p>(被保険者) 氏名</p>											
サービスの利用状況				*長野市記入欄							
事業者名	サービスの種類	事業者名	サービスの種類	決定年月日	年 月 日						
				適用年月日	年 月 日						
				有効期限	年 月 日						

同意書

長野市介護保険社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象確認及び長野市介護保険利用者負担援護金の支給申請に係る事実についての審査等を行うために限り、私、私の世帯員及び私と生計を一にする者の市町村民税（特別区民税を含む。）の課税状況、収入状況及び資産状況（固定資産税の課税状況を含む。）について情報を取得することに同意します。

年 月 日

長野市長 宛

住 所 _____

申 請 者

(被保険者)

氏 名 _____ 印 _____

世 帯 員

氏 名 _____ 印 _____

氏 名 _____ 印 _____

氏 名 _____ 印 _____

生計を一にする者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____