

長野市介護保険
特別地域加算に係る訪問介護等利用者負担減額対象確認申請書
（新規申請・更新申請）

フリガナ 被保険者氏名		確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	年 月 日		
住所	〒 ー 連絡先（電話）		
利用者負担額 減額申請理由			
年 月 日			
<p>（宛先）長野市長</p> <p>上記のとおり特別地域加算に係る訪問介護等の利用者負担額の減額対象の確認の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名 （被保険者） 連絡先（電話）</p>			

※ この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付してください。

長野市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	所得状況等
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

受付日

（裏面へ）

(裏面)

同意書

長野市介護保険特別地域加算に係る訪問介護等利用者負担減額対象確認申請に当たって、長野市介護保険課の職員が私の収入（課税）状況について調査することに同意します。

年 月 日

(宛先) 長野市長

住所 _____
申込者
(被保険者) 氏名 _____