

様式第1号 (第6条関係)

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		性別	男・女
生年月日		年月日	連絡先
住所			
利用事業所名			
要介護度		要支援2・要介護(1・2・3・4・5)	
認定期間		年月日～年月日	
配偶者の有無		有・無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要。
配偶者に関する事項	フリガナ氏名		
	生年月日	年月日	
	住所		
	住所(※)	※本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記載)	
	課税状況	町民税 課税 ・ 非課税	
<p>岩泉町長様</p> <p>認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減の利用を申請します。</p> <p>上記対象要件の確認のため必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の金融機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残額について、報告を求めることに同意します。</p> <p>また、町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p>配偶者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>			