

# 利用料軽減確認申請書

府中市長

次のとおり、府中市介護サービス利用料軽減事業による利用者負担額軽減対象の確認及び確認証の交付を申請します。

申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

申請者

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号	0	0	0						
	生年月日	年 月 日								
住所	〒 _____ (電話番号 _____)									
居宅介護支援事業所										
	氏名	生年月日			生計中心者に○を付けてください					
世帯構成	世帯主									
	世帯員									

新規申請及び年度更新処理時の資格の確認のため、市が住民基本台帳、市民税課税台帳等の公簿を使用すること、並びに、申請内容、審査結果及び支給に係る事項について、必要な範囲で地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者に提供することを承認します。

また、本事業適用期間中は軽減後の金額を基に、高額介護サービス費の算定を行うことに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※市記入欄

要介護度	支 1 2 介 1 2 3 4 5 総合事業 生活保護 申請中 ( 審査会予定日 年 月 日 )
住民税	(本人) 非課税 ・ 課税
合計所得	(本人) 基準額以下 ・ 基準額超過
	(世帯員) 基準額以下 ・ 基準額超過
所得制限	無 ・ 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )
判定結果	該当 ・ 非該当
備考	