

様式第1(第4条関係)

訪問介護等利用者負担助成認定申請書

(フリガナ) 被保険者氏名			保険者番号	2	3	2	1	7	3
			個人番号						
			被保険者番号						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女			
住所	〒 - (連絡先 - -)								
世帯の状況	氏名	生年月日	性別	個人番号					
同一敷地内に 居住する親族		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
		年 月 日	男・女						
居宅介護支援事業者名			担当ケアマネ						
利用(予定)訪問介護事業所名									
<p style="text-align: center;">江南市長</p> <p>上記のとおり訪問介護等利用者負担額助成認定を申請します。 なお、認定に必要な場合、私の世帯主及び世帯員に関する課税資料を確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"><被保険者></p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;"><同一敷地内に別世帯がある場合、その世帯主></p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p>									
提出者	氏 名			被保険者との関係					
	住 所			連絡先					

※処理欄

<input type="checkbox"/>	届出人 身元確認	個人番号カード・運転免許証・障害者手帳・住基カード(写真あり) 介護支援専門員証・その他()
<input type="checkbox"/>	個人番号確認	介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・医療保険証・診察券・ その他() ※2種類以上必要
<input type="checkbox"/>	委任	委任状・戸籍・介護保険被保険者証・その他()

受付者()