

記入例

生計困難者等に対する利用者負担額軽減要件変更申請書

○太枠内をご記入ください

令和4年4月15日

フリガナ	セタガヤ タロウ		
申請者氏名	世田谷 太郎		介護保険 被保険者番号 000XXXXXXX
住所	154—8504 世田谷区 世田谷4丁目21番27号 電話番号 03(5432)1111		
申請理由 (該当の番号に○)	① 生活保護開始の決定を受けたため (保護開始年月日： 令和4年 4月 1日) 2. 生活保護廃止の決定を受けたため (保護廃止年月日： 年 月 日)		
世田谷区長 あて 上記のとおり、生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の要件変更を申請します。また、この負担軽減を受けるにあたり以下の点に同意します。 ・必要な範囲で、私の世帯の課税台帳・高齢福祉年金台帳および地方税関係情報を保健福祉に従事する区職員が閲覧すること。 ・私のサービス受給状況及び本申請の確認結果を、介護事業者に提示すること。			
注) 施設長が入所者本人に確認の上で本申請書を記入・提出される場合は必ずご記入ください。 _____施設長_____			

【区記入欄】

収受印		決定内容		確認(承認)番号	決裁欄				
決定年月日 年 月 日	1. 承認 2. 不承認理由	1点	2点	確認(承認)番号	課長	文書主任	係長	担当者	
					交付年月日 年 月 日	備考			
					認定期間 年 月 日 ↓ 年 月 日	利用者負担段階： 第 段階			
					本人	番号	1点	2点	3点
代理人	通カ	免許	証(介・健・高齢・負担)	キャッシュ・クレカ・シルバーパス	証・更新通				
確認	番カ	番カ	更新通・社員証・年金手帳	通帳・診察券・図書カ	登記・委任				

旧確認証の確認

旧確認証確認番号	旧確認証適用年月日	旧確認証有効期限
	年 月 日	年 月 日