様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 佐久市介護保険利用者負担援護金支給申請書 | | | | | | | |
| 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 | | 性別 | | | 男　・　女 |
| 住所 | | 〒  電話　　　（　　　） | | | | | |
| 利用者負担援護金支給申請理由 | |  | | | | | |
|  | | 氏　　　　名 | 生年月日 | | 性別 | 職業（勤務先等） | |
| 世帯構成員 | 世帯主 |  |  | |  |  | |
| 世帯員  （被保険者本人は、除く。） |  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
| （申請先）佐久市長  　上記のとおり佐久市介護保険利用者負担援護金の支給申請をします。  　　　年　　月　　日  住　所  申請者  氏　名　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　） | | | | | | | |

この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付すること。

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　　　　　　考 | | | | | |
| 年　月　日 | 市町村民税世帯課税状況　　　課税　　非課税  合計所得金額（　　　　　　　　　　　　円）  市町村民税課税者による扶養　　有り　　無し  その他 | | | | １　承認する  ２　承認しない | |
| 適用年月日 |
| 年　月　日  から |
| 有効期限 |
| 年　月　日  まで |
|  | | 課長 | 係長 | 係 | | 受理処理欄 |
|  | |  |  |  | |  |

様式第１号（第４条関係）

記載例

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 佐久市介護保険利用者負担援護金支給申請書 | | | | | | | |
| フリガナ  被保険者氏名 | | ｻｸ　　ｺｲｼﾞﾛｳ | | 確認番号 | | |  |
| 佐久　鯉次郎 | | 被保険者番号 | | | 1234567 |
| 生年月日 | | 昭和　5年　5月　3日 | | 性別 | | | 男　・　女 |
| 住所 | | 〒385-0051  佐久市中込3056番地　　　　　　　電話　0267（62）2111 | | | | | |
| 利用者負担援護金支給申請理由 | | 収入が少なく介護サービスの利用が困難なため | | | | | |
|  | | 氏　　　　名 | 生年月日 | | 性別 | 職業（勤務先等） | |
| 世帯構成員 | 世帯主 | 佐久　太郎 | S12年5月3日 | | 男 | なし | |
| 世帯員  （被保険者本人は、除く。） |  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
| （申請先）佐久市長  申請者は被保険者本人になります  　上記のとおり佐久市介護保険利用者負担援護金の支給申請をします。  　　　令和○○年○月○日  　　住　所　　佐久市中込３０５６番地  申請者  氏　名　佐久　鯉次郎　　電話0267（62）2111 | | | | | | | |

この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付すること。

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　　　　　　考 | | | | | |
| 年　月　日 | 市町村民税世帯課税状況　　　課税　　非課税  合計所得金額（　　　　　　　　　　　　円）  市町村民税課税者による扶養　　有り　　無し  その他 | | | | １　承認する  ２　承認しない | |
| 適用年月日 |
| 年　月　日  から |
| 有効期限 |
| 年　月　日  まで |
| 課長 | 係長 | 係 | | 受理処理欄 |
|  |  |  | |  |