

(様式第 1 号)

富山市介護保険居宅サービス利用者負担額減額申請書

(宛先) 富山市長
次のとおり申請します。

| | | | |
|-------|-------------|----------|-------|
| | | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | | 被保険者との関係 | |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 ー | | |

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------------|---------|---------|
| 被 保 険 者 | 被保険者証の番号 | | | |
| | フリガナ | | | 生 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | 年 月 日 |
| | 住 所 | 〒 電話番号 ー | | |
| 申 請 理 由 | | | | |
| 介 護 サ ー ビ ス の 利 用 状 況 | 利用している居宅サービスの種類 | サービス提供事業者名 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 親 族 | 氏 名 | 関係 | 生 年 月 日 | 同居・別居 |
| | | | 年 月 日 | 同・別 |
| | | | 年 月 日 | 同・別 |
| | | | 年 月 日 | 同・別 |
| | | | 年 月 日 | 同・別 |
| | | | 年 月 日 | 同・別 |

富山市介護保険居宅サービス利用者負担額減額の決定に必要な、親族、収入、資産、健康保険料等の状況について、調査をされることに同意します。

被保険者氏名 _____