様式第１号（第５条関係）

居宅サービス利用料軽減認定申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年 　月　 日　 | 要介護状態区分 | 要支援１・２ 事業対象者要介護１・２・３・４・５ |
| 住所 | 電話番号　　　（　　　　） |
| 世帯主の氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 桶川市長居宅サービス利用料軽減認定を申請します。なお、被保険者及び被保険者の属する世帯の世帯員の税情報をこの申請の審査に利用することを承諾します。　　　年　　月　　日　　　　住所申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との関係）　　　　電話番号　　　　（　　　） |

備考

１　この申請書は、居宅サービス利用料軽減の認定を受けるためのものです。

２　被保険者本人とその属する世帯の世帯員に住民税が課税されていないことが条件になります。添付書類は必要ありません。

３　被保険者本人又は親族が申請できます。

４　この申請書に基づいて、「居宅サービス利用料軽減認定証」を交付します。

桶川市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入力年月日 | 　　　　　年　月　日 |  |
| 交付年月日 | 　　　　　年　月　日 |
| 有効期間 | 　　　年　月　日から　　　年　月　日まで |