

様式第1号（第4条関係）

認知症対応型共同生活介護事業利用者負担軽減申請書

フリガナ		保険者番号	0	7	4	4	5	4
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女					
住所	〒 電話番号							
利用事業所名								
住所	電話番号							
要介護度	要支援2・要介護（1・2・3・4・5）							
認定期間	年 月 日～				年 月 日			
金山町長 様 認知症対応型共同生活介護事業所の入居費用の軽減を受けたいので申請します。 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業実施要綱第2条に規定する軽減対象要件確認のため、私の世帯の課税状況を調査することに同意します。								
年 月 日								
申請者 住 所 (電話番号)								
氏 名 (印) (続柄)								

町記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(所得の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	