第１号様式（第５条関係）

介護保険介護サービス利用料負担軽減申請書

　　　年　　月　　日

愛　川　町　長　　殿

　愛川町介護保険介護サービス利用料負担軽減措置事業実施要綱に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 愛川町　　　　電話番号 |
| 利用サービス（又は利用予定） | １ 訪問介護　　２ 訪問型サービス　　３ 訪問入浴 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 世帯構成 | 氏　　名 | 生　年　月　日 | 続柄 |
| 世帯主 |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　同　　　意　　　書　私は、上記の軽減の申請をするにあたって、属する世帯全員について第５条に規定する課税状況等に関する個人情報を町の公簿等により確認することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　 |