

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減対象確認申請書  
 (離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置)

フリガナ		確認番号	No.			
被保険者氏名		被保険者番号	.....	.....	.....	.....
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女			
住 所	〒					電話番号
利用者負担額 軽減申請事由						
サービス事業所名						
<p>呉市長様</p> <p>上記のとおり離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担の軽減対象の申請をします。                  なお、減額の対象かどうかの決定に当たり、私の市民税の課税状況を確認するため、市民税県民税課税                  台帳等を閲覧することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____</p>						

市記入欄

交付年月日	備 考	要介護度	認 定 期 間
年 月 日	<input type="checkbox"/> 市民税課税状況 有・無 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 有・無		年 月 日から
適用年月日	<input type="checkbox"/> ( ) 有・無		年 月 日まで
年 月 日 から	次のとおり、決定してよろしいですか。  <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	審査受理	受付印
有効期限		入 力	
年 月 日 まで		交 付	