

申請代行者 (本人が申請する場合は記入不要)	氏名	福祉 みかん	連絡先 (自宅・勤務先・携帯電話)	0825-25-3137
	住所	〒 737-0041 □ 被保険者住所と同じ 呉市和庄1丁目2番13号	被保険者との関係	子

フリガナ	カイゴ ヤマト	保険者番号	3 4 2 0 2 2									
被保険者氏名	介護 大和	被保険者番号	0	0	0	1	1	1	1	1	1	
生年月日	大・(昭) 3 年 4 月 9 日											
住 所	〒 737-8501 呉市中央4丁目1番6号 電話番号 0823-25-2626											
利用者負担額 減免申請理由	利用者負担が収入に対して過大となるため											
	氏 名	生 年 月 日	性別	備 考								
世帯構成	世 帯 主	介護 大和	明大(昭) 3 年 4 月 9 日	男								
	世 帯 員	介護 椿	明大(昭) 16 年 4 月 21 日	女								
			明大昭 年 月 日									
			明大昭 年 月 日									

呉市長 殿

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象確認の申請をします。

なお、私及び私の属する世帯員の収入状況、市民税及び固定資産税の課税状況を課税台帳により調査・確認され、また、老齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査・確認されることに同意します。

令和 8 年 8 月 1 日

申請者 (被保険者)住所 呉市中央4丁目1番6号

氏名 介護 大和 電話番号 0823-25-2626

呉市記入欄

要介護認定	☐ 市民税世帯課税の有無	無	有	受付印
支 介	☐ 生活保護受給の有無	有	無	
	☐ 老齢福祉年金受給の有無	有	無	
給付率	☐ 世帯の収入等の状況			
/ 100	☐ 世帯の前年中 (又は前々年中) の収入合計基準額以下	以下	超	
適用年月日	☐ 世帯の預貯金等の合計基準額	以下	超	市民センター受付日 (/)
年 月 日 ~	☐ 活用できる資産の有無	無	有	
年 月 日	☐ 他の世帯に属する市町村民税課税者からの扶養	無	有	
交付年月日	☐ 介護保険料滞納の有無	無	有	
年 月 日				
☐ 承認	☐ 却下	受付	介護保険課 ・ () 市民センター	受付者 ()