

別記

第1号様式(第5条関係)

新発田市介護サービス利用者負担額助成認定申請書
(新発田市による利用者負担額の助成)

フリガナ				保険者番号				1	5	2	0	6	6
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		〒 町 丁目 番 号 番地 電話番号											
		氏 名		生 年 月 日		性 別		前年年間収入額					
世帯構成	世帯主												
	世帯員												
<p>(宛先)新発田市長</p> <p>上記のとおり新発田市による利用者負担額助成の認定を申請します。 認定のため調査の必要があるときは、世帯の市町村民税課税状況、収入状況等について調査することに同意します。 助成対象者として認定された場合、認定者名、被保険者番号及び認定番号を居宅介護支援事業者及びサービス提供事業者に提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>													

市記入欄

交付年月日	備		考	
年 月 日	市町村民税	課税・非課税	有価証券・債券等	有・無(円相当)
適用年月日	高齢福祉年金受給	有・無	活用できる資産	有・無
年 月 日 から	生活保護	該当・非該当	扶養状況	有・無
有効期限	世帯人数	()人	保険料滞納	有・無
年 月 日 まで	世帯年間収入額	()	〈決定事項〉	
	世帯預貯金額	()	1. 承認する 2. 承認しない	