

受 付 印

つくば市社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減対象確認申請書  
（新規申請・更新申請）

フリガナ		確認番号												
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号												
		個 人 番 号												
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女											
住 所	〒													
	電話													
利用者負担額減額申請理由														

つくば市長 宛て

上記のとおり社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額の軽減対象の確認の申請をします。対象の確認に当たって、市が関係機関に対し、収入及び預金残高等の対象の確認に必要な調査を行うことに同意します。

年 月 日

住所

申請者

氏名 (印) 電話

(代筆者氏名) (印)

市記入欄

交 付 年 月 日	備 考	
年 月 日	承認・非承認 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">減額率</span>	
適 用 開 始 年 月 日		
年 月 日		
有 効 期 限		
年 月 日		

受 付	番号確認	身元確認	代理権の確認	代理人の身元確認
	<input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 番号カード
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> 住基ネット	<input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> ケアマネ証
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )

※この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付すること。