

小布施町社会福祉協議会介護保険利用料助成金給付対象確認申請書  
(福祉基金による居宅サービス利用者等負担軽減措置)

|                |       |                                  |  |                   |     |           |              |     |  |  |  |
|----------------|-------|----------------------------------|--|-------------------|-----|-----------|--------------|-----|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名 |       | 被保険者番号                           |  |                   |     |           |              |     |  |  |  |
|                |       |                                  |  | 性別                | 男・女 | 生年<br>月 日 | 大・昭<br>年 月 日 |     |  |  |  |
| 住 所            |       | 〒381-02 (自治会 )<br>小布施町大字<br>電話番号 |  |                   |     |           |              |     |  |  |  |
|                |       | 氏 名                              |  | 生 年 月 日           |     | 性別        |              | 備 考 |  |  |  |
| 世帯構成           | 世 帯 主 |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |
|                | 世 帯 員 |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |
|                |       |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |
|                |       |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |
|                |       |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |
|                |       |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |
|                |       |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |
|                |       |                                  |  | 大・昭・平・令<br>年 月 日生 |     | 男・女       |              |     |  |  |  |

小布施町長 様

居宅サービスにおける利用料助成金給付対象の確認申請をします。  
認定審査の際、世帯員の住民税課税状況等確認に同意します。  
また、この助成金の給付対象となった場合、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費の給付情報を小布施町社会福祉協議会に提供することに同意します。

年 月 日

住所

申請者 氏名 電話番号

町確認記入欄

|             |                                      |
|-------------|--------------------------------------|
| 交付年月日       | 備 考                                  |
| 年 月 日       | (住民税課税状況等を把握)                        |
| 適用年月日       | 年度 住民税 ( 非課税 ・ 課税 ) 世帯につき ( 可 ・ 不可 ) |
| 年 月 日<br>から | (他の利用者負担額減額認定の有無)                    |
| 有効期限        |                                      |
| 年 7 月 31 日  |                                      |