様式第５号（第１８条関係）

介護予防・日常生活支援サービス事業利用者負担額減額・免除申請書

　小野町長

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　印

介護予防・日常生活支援サービス事業利用者負担額の減額・免除を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、判定にあたり、私の所属する世帯員の町民税の課税内容及び世帯情報について、町民税課税台帳及び住民基本台帳により町長が確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　 |
| 利用者負担額減額申請理由 | 　 |

町記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 | 　 |
| 年　月　日 | (所得分布の状況等を記入) |
| 適用年月日 |
| 年　月　日から |
| 有効期限 |
| 年　月　日まで |