別記様式（第3条関係）

|  |
| --- |
| 離島等地域訪問介護等利用者負担減額申請書 |
|  | フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | 4 | 5 | 4 | 3 | 0 | 6 |  |
|  | 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 |  |
|  | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○をして下さい |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日 |  |  |
| 世帯員 |  | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日 |  |  |
|  | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日 |  |  |
|  | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日 |  |  |
|  | Ｍ･Ｔ･Ｓ　　年　　月　　日 |  |  |
| 椎葉村長　　　　　　　　様上記の通り訪問介護等の利用者負担額に係る減額を申請します。また、私の世帯の課税内容について調査することに同意します。　　　　年　　　月　　　日住所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 村記入欄 |
|  | 交付年月日 | 備考 |  |
| 年　　月　　日 | （本人住民税課税状況を把握）　　確認日：　　　　　年　　　月　　　日　　　　○住民税本人非課税　合計所得等　　　　　　　　　　　円 適・ 不適 |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日 |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日 |
|  |