

訪問サービス等利用者負担助成対象者認定申請書

フリガナ		認定番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日		年 月 日	
住 所		() 電話番号 - - 鹿児島市	
利用者負担助成申請理由			
		氏 名	生 年 月 日
世帯構成	世帯主		生計中心者に○を付けてください。
	世帯員		
鹿児島市長 殿 上記のとおり関係書類を添えて訪問サービス等利用者負担助成の対象者であることの認定をしていただきますよう申請します。 なお、認定に関して、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。 年 月 日 住 所 鹿児島市 申請者 氏 名 電話番号 (署名又は記名押印)			

提出者

提出者氏名		申請者との関係	・家族 <続柄 >
連絡先	住 所		・事業所 <事業所名 >
	電話番号		<職種 >

市記入欄

交付年月日	市民税世帯情報	審査結果	生活保護基準
年 月 日	課税・非課税	承認・不承認	以上・以下
適用年月日	高齢福祉年金受給	不承認及び理由等	
年 月 日 から	あり・なし	1 年間収入要件に非該当	
有効期限	備 考	2 預貯金等要件に非該当	
		3 資産要件に非該当	
年 月 日 まで		4 扶養要件に非該当	
		5 保険料滞納による非該当	
		6 その他 ()	