

鹿児島市訪問介護利用者負担助成対象者認定申請書 市

フリガナ	カゴシマ タロウ	保険者番号	4 6 2 0 1 0	
被保険者氏名	鹿児島 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
生年月日	明・ 大 ・昭 14 年 1 月 1 日			
住所	(〒892 - 8677) 電話番号 216 - 1280 鹿児島市山下町11番1号			
利用者負担額減額申請理由	1 高齢者ホームヘルプサービス 2 障害者ホームヘルプサービス 3 その他 ()			
身体障害者手帳等の有無	有 身体障害者手帳 鹿児島 県 ・ 市 第 〇〇〇〇 号 〇 級 療育手帳 その他()	昭和・ 平成 14年 1月 1日交付 (昭和・平成 年 月 日再交付)		
氏 名		生 年 月 日	生計中心者に○をつけて下さい	
世帯構成	世帯主	鹿児島 太郎	明治・ 大正 ・昭和・平成 14年 1月 1日	○
	世帯員		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日
<p>鹿児島市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて訪問介護の利用者負担額の助成に係る減額認定を申請します。 なお、認定の決定に関して、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。</p> <p>令和 2年 8月 1日</p> <p>住所 鹿児島市山下町11番1号</p> <p>申請者 氏名 鹿児島 太郎 (署名又は記名押印) 電話番号 -</p>				

注意 ・ この申請書に所得税または、市・県民税の申告書の控え等を添付してください。

市記入欄

受付	入力	<input type="checkbox"/> 本人 (□郵送 □オンライン) <input type="checkbox"/> 代理人 (□郵送 □オンライン) →代理権確認 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等 ()	個人番号の確認	本人または代理人の身元確認書類
			<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 提示が困難 ()	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード □身・精障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 □敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 □その他 () 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 □健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 □負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 情報提供NWS確認済		<input type="checkbox"/> 使用者		

生計中心者所得税情報	課税	非課税
交付年月日	適用年月日	有効期限
年 月 日	年 月 日	年 月 日
非承認及び理由等		
高齢者ホームヘルプ	障害者ホームヘルプ	備考