別記様式第１号（第４条関係）

介護サービス利用者負担軽減認定申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">ﾌﾘｶﾞﾅ
対象者氏名</td><td rowspan="2"></td><td>介護保険の
被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>要介護度</td><td>要支援　１・２
要介護　１・２・３・４・５</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">大正　・　昭和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒　　ー
（電話番号　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">介護サービス
等の利用予定</td><td>サービスの種類</td><td>利用開始年月日</td><td>利用事業所名</td></tr>
<tr><td>ホームヘルプサービス
（訪問介護・介護予防訪問介護
・総合事業の訪問型サービス）</td><td>年　　月　　日</td><td></td></tr>
<tr><td>デイサービス
（通所介護・介護予防通所介護
・地域密着型通所介護
・総合事業の通所介護型サービス）</td><td>年　　月　　日</td><td></td></tr>
</table>

和寒町長　　様

和寒町介護サービス利用者負担軽減事業実施規則第４条の規定に基づき、利用者負担軽減の認定を申請します。

尚、要件確認のため、申請時及び次年度以降における対象者の介護保険料の所得段階について、介護保険関係部署に確認することに同意します。

年　　月　　日

住所

（電話番号　　）

申請者

氏名　　印

（対象者との関係　　）

※町担当者確認欄

介護保険料の所得段階	第　　段階	確認者　　印
生活保護	該当　・　非該当	確認者　　印