

様式第1号（第6条関係）

入間市高齢者等支援事業利用者負担軽減申請書

年 月 日

（宛先）入間市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

入間市高齢者等支援事業利用者負担軽減事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所		電話番号	
	介護認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護（ ）		介護保険の被保険者番号
	身体障害者手帳の有無	有（1級・2級）	取得年月日	年 月 日
	療育手帳の有無	有（㊤・A・B）		
	精神保健福祉手帳の有無	有（1級）		
<p>課税情報及び障害認定情報参照の承諾</p> <p>本申請の認定に当たり、対象者世帯の課税情報及び対象者の障害認定情報を参照することを承諾します。また、再算定が必要な場合にも対象者世帯の課税情報及び対象者の障害認定情報を参照することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">対 象 者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">(代筆者氏名) _____</p>				
居宅介護支援事業者				