第１号様式（第５条関係）

No.

介護保険サービス等利用費用負担軽減申請書

被保険者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ		生年月日	．　．
	氏名			
	住所	〒 電話番号　（　）		
	認定状況	□ 要支援（１・２）　□ 要介護（１・２・３・４・５） □ 介護予防・生活支援サービス事業該当者		

サービス利用状況

□ 居宅サービス（訪問介護、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与等）
□ 介護予防サービス（介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与等）
□ 施設サービス（介護老人福祉施設サービス、介護老人保健施設サービス等）
□ 地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービス
□ 居宅介護福祉用具購入若しくは介護予防福祉用具購入又は居宅介護住宅改修若しくは介護予防住宅改修
□ 介護予防・生活支援サービス事業（訪問型サービス事業及び通所型サービス事業）

軽減を受けようとする理由

立川市長　殿

上記のとおり介護保険サービス等利用費用負担軽減を申請します。

申請内容の審査にあたり、第2号様式及び第3号様式にかかる私及び私の世帯の所得状況や住民基本台帳等について、市が関係機関において調査することに同意します。

なお、これらの調査については、私の属する世帯員全員の承諾を得ています。

年　　月　　日

申請者（被保険者本人）

住　所

氏　名　　印

代筆者氏名　　（本人との関係）

連絡先（電話番号）

【保険者記入欄】※ 以下の欄には、記入しないでください。

□新規 □継続

軽減年度		年度	
□承認	適用期間	年　月～	年　月
	軽減率	□ 70%	□ 100%
	高額介護ｻｰﾋﾞｽ費	□ 15,000	□ 24,600
	世帯合算	□ 有	□ 無
	サービス利用	□ 給のみ　□ 給・事　□ 事のみ	
□不承認	□ 生活保護を受給しているため。 □ 市民税非課税世帯でないため。 □ 年間収入が基準額を超えているため。 □ 預貯金額等が基準額を超えているため。 □ 介護保険料未納のため。 □ 親族等に扶養されているため。 □ その他（　）		

決裁欄		
係	係長	課長

受付印