

介護保険サービス等利用費用負担軽減申請書

記入例

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号（マイナンバー）を記載した場合は申請時に個人番号の分かるものなど確認書類が必要です。空欄でも申請は可能です。
	個人番号		
	フリガナ	カイゴ タロウ	
	氏名	介護 太郎	
	住所	〒 190-8666 立川市泉町1156-9	
	認定状況	☐ 要支援（1・2） <input checked="" type="checkbox"/> 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（介護老人地域密着型サービス、介護老人保健地域密着型サービス）

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

「低所得で預貯金が少なく、生計が困難であるため」など、なるべく詳しく軽減を受けようとする理由をご記載ください。

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。

平成〇〇年 〇月 〇日

申請者 住所 立川市泉町1156-9

(被保険者本人) 氏名 介護 太郎 印

代筆者氏名 介護 花子 (本人との関係) 妻

連絡先(電話番号) 介護 花子 042-523-2111

【保険者記入欄】※ 以下の欄には、記入しないでください。内容の確認等をする場合がありますので、日中に連絡可能な連絡先を記載してください。

新規	軽減年度	適用期間	年 月～	係	係長	課長
	軽減率	☐ 70% ☐ 100%				
継続	承認	高額介護サービス費	☐ 15,000 ☐ 24,600			
		世帯合算	☐ 有 ☐ 無			
継続	承認	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 ()			受付印