

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 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	記入する場合は、申請時に個人番号（マイナンバー）の分かるもの及び身分証明書の写し等の添付が必要です。なお、空欄でも申請は可能です。 <small>生年月日 昭和17 年 4 月 1 日</small>
	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 電話番号 042 (523) 2111	
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1・②・3・4・5) <input type="checkbox"/> 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）

分かる範囲でチェックを付けてください。

軽減を受けようとする理由

年金がーか月5万円、介護保険サービス利用料が8万円で、毎月3万円程度の不足が生じている。生活保護の申請もしたが、不動産を所有しているため非該当。毎月の支払いの不足分を援助できる親族もおらず、預貯金を切り崩しているが、サービス利用料が支払えないほど生活が困窮しているため。

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、本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。

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

軽減を受けようとする理由をなるべく具体的にご記入ください。

認印で構いません。

【保険者記入欄】※ 以下の欄には、記入しないでください。

新 規	軽減年度	年度	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ご記入ください。
	適用期間	年 月～ 年 月	
承 認	軽減率	<input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 100%	受付印
	高額介護サービス費	<input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 24,600	
不 承 認	世帯合算	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	こちらは記入しないでください。
	サービス利用	<input type="checkbox"/> 給のみ <input type="checkbox"/> 給・事 <input type="checkbox"/> 事のみ	
<input type="checkbox"/> 生活保護を受けているため。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯でないため。 <input type="checkbox"/> 年間収入が基準額を超えているため。 <input type="checkbox"/> 預貯金額等が基準額を超えているため。 <input type="checkbox"/> 介護保険料未納のため。 <input type="checkbox"/> 親族等に扶養されているため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			