様式第１号（第４条関係）

利用者負担額軽減対象確認申請書

（要支援１・２、要介護１・２・３・４・５）

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名		００００
		個人番号
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性　別	男　・　女
被保険者住所	〒 苫小牧市 電話番号		
利用サービス	訪問介護・通所介護（地域密着型を含む）・ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 ※介護予防・日常生活支援総合事業へ移行したサービスについても軽減対象となります		
申請理由	・低所得で生計が困難であるため ・生活保護受給のため（個室の滞在費のみ）		

世帯構成		氏　名	生年月日	性別	生計中心者	保険料段階	利用者負担段階
	世帯主						
	世帯員						

世帯年間収入	世帯預貯金合計額	居住用以外の不動産	税・健康保険の扶養	介護保険料滞納
円	円	有　・　無	有　・　無	有　・　無

苫小牧市長　　様

上記のとおり利用者負担軽減対象確認の申請をします。

また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　所　　苫小牧市　　町　　丁目　　番　　号

申請者（被保険者）　　申請代行者

氏　名　　印　　電話番号

電話番号

※苫小牧市記載欄　（ｶｰﾄﾞ確認・職権記載）

申請種類		新規申請　・　変更申請　・　更新申請		
判定要件	老齢福祉年金受給有無	あり　・　なし		
	生活保護受給有無	あり　・　なし		
	市民税課非：世帯	課税　・　非課税　・　未確定　・　未申告		
	市民税課非：本人	課税　・　非課税　・　未確定　・　未申告		
	境界層該当	あり　・　なし		
承認の有無		１　承認する　　２　承認しない		
認定証交付年月日		令和　　年　　月　　日	未交付	□軽減認定要件に該当しない

上記のとおり決定し、通知してよろしいか。	受付印
決　裁　　課長　・　課長補佐　・　係長　・　主査　・　係 ・　・	