離島等地域利用者負担軽減対象確認申請書

（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担の軽減措置）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | 確認番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | 性　別 | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者サービス | | １　施行時訪問介護の経過措置　　　　　　　 （該当 ・ 非該当）  ２　社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置（該当 ・ 非該当） | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  免除申請理由 | | 介護サービス利用者負担軽減事業補助金交付要綱第４(２)に該当のため | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏　　　　名 | 生年月日 | | 性別 | 生計中心者に○をつけて下さい | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  | | 男・女 |  | | | | | | | | | | |
| 世帯員 |  |  | | 男・女 |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | 男・女 |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | 男・女 |  | | | | | | | | | | |
| 愛別町長　　　　　様  　上記のとおり離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の軽減対象の申請を  します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住所  　　申請者  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号印 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書  　上記の申請にあたり、私と私の属する世帯主及びすべての世帯員について、地方税法の規定による市町村民税の課税状況を町長が調査することに同意します。  申請者　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

　町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 税務住民課確認欄（　　　　年　　月　　日） |
| 年　　月　　日 | 町民税課税非課税有無  （本人）　　課　税 ・ 非課税 ・ 未申告 ・ 未確定 |
| 適用年月日 |
| 年　 月　 日から |
| 有効期間 | 上記同意書に基づき、申請者の課税状況を確認しました。  　　　　　　　　　取扱者： |
| 年　 月　 日まで |