

様式第1号（第4条関係）

小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成認定申請書

フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生年月日	年 月 日生
		電話番号	
住 所			
<p>（あて先）小金井市長</p> <p>小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、介護保険訪問介護等の利用者負担の助成を申請します。</p> <p>なお、市が、公簿等により所得状況等を確認すること、並びに助成認定を受けた場合において、利用した訪問介護等事業者又は指定居宅介護支援事業者等に対し、利用状況等について照会及び確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申請者 _____</p> <p>氏 名 _____ 電話番号 _____</p>			

市処理欄（以下は記入しないでください。）

	收受印

※ この申請項目は、電子計算組織に記録されます。

# 記入例

小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成認定申請書

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	0000111111
氏名	介護 太郎	生年月日	大正15年1月1日生
		住所	
住所		小金井市本町6-6-3	
		電話番号 042-387-9822	

（あて先）小金井市長

**別紙お知らせに記載してある対象者の氏名、住所等をご記入ください。**

小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、介護保険訪問介護等の利用者負担の助成を申請します。

なお、市が、公簿等により所得状況等を確認すること、並びに助成認定を受けた場合において、利用した訪問介護等事業者又は指定居宅介護支援事業者等に対し、利用状況等について照会及び確認することに同意します。

平成19年8月1日

住所	小金井市本町6-6-3
申請者	
氏名	介護 太郎
	電話番号 042-387-9822

市処理欄（以下は記入しないでください。）

<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 0 auto;"> <p><b>別紙お知らせに記載してある対象者の氏名、住所等をご記入ください。</b></p> </div>	<p>收受印</p>
--	------------

※ この申請項目は、電子計算組織に記録されます。