

介護保険居宅サービス等利用者負担額軽減認定申請書

目黒区長あて		年 月 日	
--------	--	-------	--

水色の「介護保険被保険者証」を参考にご記入ください。

私は、裏面の資格要件を確認の上、介護保険居宅サービス等利用者負担額軽減事業による軽減認定を申請します。なお、あらかじめ下記の事項につき、同意し申告します。

被 保 険 者	フリガナ										
	被保険者氏名	被保険者番号									
		個人番号									
	生年月日	年 月									
	住 所	〒 ー									

【個人番号について】
・「個人番号」欄はいわゆるマイナンバーをご記入いただく欄ですが、マイナンバーの記入がない場合でも、その他必要事項の記載があれば申請できます。
・「個人番号」欄を記載された場合は、番号確認、本人確認を行うため、マイナンバーが分かる書類のコピー等の提示が必要となりますのでご注意ください。

代筆 目黒 花子（長女）
△△△△- ○○○○

1 代筆の場合は余白にお名前と申請者との間柄、連絡先をご記入ください。

2 ために必要な資料等（戸籍謄本及び附票を含む。）の提出を求める場合は、これに協力します。また、指定された期限までに資料等を提出できず、申請が却下され、又は認定が取り消されても構いません。

3 裏面の「1 軽減認定を受けるための資格要件」のうち、「(2)同一生計に準ずる者の収入状況」のアについては、申請日現在において次の状況にあります。

私を扶養し、税法上の扶養申告を行っている者は(① いません ・ ② います)。
②の「います」を選択した場合、その扶養申告者の住所・氏名
()

必ず①か②のどちらかを○で囲んでください。②を選択した場合は、必ずその扶養申告者の住所及び氏名を記入してください。住所が区外の場合、扶養申告者の住民税課税証明書も添付してください。

4 裏面の「1 軽減認定を受けるための資格要件」のうち「(2)同一生計に準ずる者の収入状況」のイについては、申請日現在において次の状況にあります。

私と住民票上同一世帯に属する者を除き、私の直系血族(子、孫、父母など)又は兄弟姉妹に該当し、かつ、私と同一の住所に居住するものは、(① いません ・ ② います)。
②の「います」を選択した場合、その親族の氏名・続き柄
()

必ず①か②のどちらかを○で囲んでください。②を選択した場合は、必ずその親族の氏名及び続き柄を記入してください。

※目黒区記入欄

(ここは記入しないでください)

審査結果	可・否	合計所得金額	円	住民番号	
交付年月日	年 月 日	利用者負担段階	段階	生活保護	有・無
適用年月日	年 月 日	課税判明者氏名		住民番号	
有効年月日	年 月 日	種 別	世帯内・申告者・義務者	続 柄	