

様式第1号(第4条関係)

訪問介護サービス等利用者負担額助成申請書

ふりがな 被保険者名				被保険者番号															
生年月日		明・大・昭		年		月		日											
住 所		〒																	
		電話番号																	
		氏 名			生年月日		性別		生計中心者に○をつけてください										
世帯構成	世帯主																		
	世帯員																		
訪問介護サービス等 (いずれかに○を付ける)		訪問介護 夜間対応型訪問介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 通所介護 特定施設入居者生活介護(短期) 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 認知症対応型共同生活介護(短期) 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期) 地域密着型通所介護 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護 小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 第一号訪問事業 第一号通所事業																	
(宛先)北本市長		上記のとおり訪問介護サービス等の利用者負担額の助成を受けたいので申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号																	

市記入欄

交付年月日	年 月 日	(訪問介護サービス等の実績を把握)	
適用年月日	年 月 日から		(市町村民税の課税状況を把握)
有効期限	年 月 日まで		

同意書

(あて先) 北本市長

訪問介護サービス等利用者負担額助成の申請及び受給にあたり、下記について同意します。

記

- 1 市民税の課税状況を確認すること。
- 2 訪問介護サービス等利用者負担額助成事業実施要綱第3条第3項による返還が生じた場合、その返還の事由となった高額介護サービス費等を当該助成事業に係る返還金に充当すること。

年 月 日

区分	住所	氏名	印
本人	北本市		
世帯員	北本市		
世帯員	北本市		
世帯員	北本市		
世帯員	北本市		

※ 同一世帯内の全員分（18歳以上）の署名・押印をお願いします。