

様式第3号（第6条関係）

認知症対応型共同生活介護事業所家賃等利用者負担軽減認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女												
住所	〒 -																	
要介護度	要支援2	要介護 1・2・3・4・5																
利用事業所名																		
<p>湯沢市長 様</p> <p>上記のとおり認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減を申請します。 認知症対応型共同生活介護事業利用者負担の軽減対象要件確認のため、私及び世帯員又は私を扶養控除対象とする親族について認定に必要な課税状況の調査をすることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申請者 氏 名 _____</p> <p>電話番号 () _____</p>																		

湯沢市記入欄

決定年月日	有効期間
年 月 日	年 月 日 から 年 月 日 まで
備 考	