

杉戸町介護サービス利用者負担助成申請書

ふりがな		保険者番号	114645			
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	年 月 日					
住所	〒 電話 ()					
入所中の介護保険施設(施設入所者のみ記入)	所在地					
	施設名					
	入所年月日	年 月 日				
認定結果	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 事業対象者	有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
申請事由	<input type="checkbox"/> 第1段階に該当 <input type="checkbox"/> 第2段階に該当 <input type="checkbox"/> 第3段階に該当 <input type="checkbox"/> その他 <small>※段階とは杉戸町介護サービス利用者負担助成事業実施要綱第2条第1項に規定している段階をいう。</small>					
<p>杉戸町長 あて</p> <p>上記のとおり、介護保険利用者負担の助成を受けたいので申請します。 また、利用者負担の助成の審査及びその他介護保険給付審査にあたり、市町村民税等賦課・申告情報を提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者 <住所> <氏名> <電話> ()</p> <p>※代理申請の場合は、○をつけてください。 家族・親族・居宅介護支援事業者 <氏名> <電話> ()</p>						

事務処理欄

審査結果	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない
介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
保険料納付状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 未納あり
保険料段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4以上 ・ 2号(2) ・ 2号(3)
申告状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(理由：遺族年金・障害年金・扶養)