

居宅サービス利用者負担額軽減認定申請書

(窓口に来られた方) 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 (_____) _____
 被保険者との関係 _____

年 月 日

(宛先) 旭 川 市 長

旭川市介護保険居宅サービス利用者負担額軽減事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり居宅サービス利用者負担額軽減の認定を申請します。

(太枠内を記入してください)

被 保 険 者 番 号	
個 人 番 号	
フリガナ	
被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	
要介護状態区分等(○で囲む)	要支援 (1 2) ・ 要介護 (1 2 3 4 5)
住 所	〒 _____ 電話 (_____)
生 年 月 日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日
助成の認定を申請する事由	1 老齢福祉年金受給 2 境界層適用 3 その他生活困窮
現在利用している 居宅サービス	サービス種類
	サービス事業者名

旭川市記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日から	
有 効 期 間	
年 月 日まで	