

鹿児島市訪問介護等利用者負担助成対象者認定申請書 市

フリガナ			保険者番号				4	6	2	0	1	0
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日											
住所	()		電話番号 ()									
	鹿児島市											
利用者負担額減額申請理由	1 高齢者ホームヘルプサービス 2 障害者ホームヘルプサービス 3 その他()											
身体障害者手帳等の有無	有	身体障害者手帳	鹿児島 県 ・ 市 第 号 級		昭和・平成 年 月 日交付							
	無	療育手帳 その他()			(昭和・平成 年 月 日再交付)							
		氏名	生年月日			生計中心者に○をつけて下さい						
世帯構成	世帯主		明治・大正・昭和・平成 年 月 日									
	世帯員		明治・大正・昭和・平成 年 月 日									
			明治・大正・昭和・平成 年 月 日									
			明治・大正・昭和・平成 年 月 日									
鹿児島市長 殿 上記のとおり関係書類を添えて訪問介護の利用者負担額の助成に係る減額認定を申請します。 なお、認定の決定に関して、私の世帯について必要な課税資料を閲覧することに同意します。 年 月 日 住所 鹿児島市 申請者 氏名 (署名又は記名押印) 電話番号 ()												

注意 ・この申請書に所得税または、市・県民税の申告書の控え等を添付してください。

市記入欄

交付年月日	生計中心者所得税情報		
年 月 日	課税 ・ 非課税		
適用年月日	備 考	高齢者ホームヘルプ	障害者ホームヘルプ
年 月 日 から		非承認及び理由等	
有効期限			
年 月 日 まで			