

東広島市離島等の地域の介護事業における特別地域加算に係る
居宅サービス利用者負担額減額対象者確認申請書

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住所	(〒 ー) 電話番号		
利用者負担額減額申請理由			
<p>東広島市長 様</p> <p>上記のとおり離島等の地域の介護事業における特別地域加算に係る居宅サービス利用者負担額の減額を受けたいので、東広島市離島等の地域の介護事業における特別地域加算に係る居宅サービス利用者負担額助成事業実施要綱第7条の規定により申請します。</p> <p>なお、東広島市離島等の地域の介護事業における特別地域加算に係る居宅サービス利用者負担額助成事業実施要綱第4条第1項の確認を行うため、生活保護受給の有無等市が必要と認める場合にはその保有する個人情報により調査し、又は確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 電話番号</p>			

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
効力発生日	
年 月 日	