

小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成認定申請書

フリガナ		被保険者番号	
氏名		生年月日	昭和 年 月 日生
住所	電話番号		
<p>(宛先) 小金井市長</p> <p>小金井市介護保険訪問介護等利用者負担助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、介護保険訪問介護等の利用者負担の助成を申請します。</p> <p>なお、市が、公簿等により所得状況等を確認すること、並びに助成認定を受けた場合において、利用した訪問介護等事業者又は指定居宅介護支援事業者等（以下「訪問介護事業者等」という。）に対し、利用状況等について照会及び確認することに同意します。また、市が、訪問介護事業者等に対し、助成の認定又は不認定に関する情報を提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 _____</p>			

市処理欄（以下は記入しないでください。）

	收受印

※ この申請項目は、電子計算組織に記録されます。