

## 離島等地域における訪問介護利用者負担額減額対象確認申請書

（ 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担の減額措置 ）

フリガナ 被保険者名前		確認番号					
		被保険者番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女				
住 所	〒  電話番号						
利用者負担額 減免申請理由							
<p style="text-align: center;">大崎上島町長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり離島等地域における訪問介護利用者負担額の減額対象の認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 申請者 電話番号 氏 名</p>							

<p>貴町が、介護保険に係る費用負担額決定のため必要があるときは、私の収入、課税の状況並びに、障害者ホームヘルプサービス利用及び生活保護の受給状況について、関係部署に調査・確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;"><b>被保険者氏名</b> .....</p>
---

### 町記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	(被保険者の課税状況等を把握)	
適用年月日	1 市町村民税課税の有無	有 無
年 月 日から	2 生活保護受給の有無	有 無
有効期限	3 障害者ホームヘルプサービス利用者支援の有無	有 無
年 月 日まで	4 社会福祉法人等による利用者負担額減免の有無	有 無
	認 定 の 可 否	可 否