

第1号様式（第6条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請書

フリガナ						保険者番号	1	5	2	2	2	3	
被保険者氏名						被保険者番号							
						個人番号							
生年月日	年 月 日					個人番号							
要介護認定区分	要支援2 ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）												
入居（予定）事業所													
世帯構成 （被保険者を除く。）	世帯員	氏名	生年月日	被保険者との関係	個人番号								
			・	・									
			・	・									
			・	・									
		・	・										
<p>上記のとおり上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () _____</p> <p>(宛先) 上越市長</p>													
<p>認定の審査のため、高齢者支援課の職員が世帯員の市民税及び固定資産税の課税台帳を <input type="checkbox"/>承諾します。 閲覧することを <input type="checkbox"/>承諾しません。</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____</p>													
<p>注 承諾しない場合は、世帯員の令和4年中の収入額を証明するもの（所得証明、課税証明等）及び世帯員が所有する土地及び家屋の令和5年度の評価額を証明するもの（資産証明等）を添付してください。</p>													
<p>■記載内容、添付書類等に不明な点があった場合の問い合わせ先</p> <p>氏名 _____ 電話 () _____ 申請者との続柄 () _____</p>													