記入例①

関係）

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	ジョウエツ　ハナコ	保険者番号	1 5 2 2 2 3
被保険者氏名	**上越　花子**	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生 年 月 日	昭和 5 年 6 月 7 日	個 人 番 号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8
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	△△グループホーム○○		

世帯構成（被保険者を除く。）		氏　　名	生年月日	被保険者との関係	
	世帯員	**上越　太郎**	昭和８年７月６日	**弟**	
			・　・		

個人番号（マイナンバー）を記入ください。
なお、個人番号が分からない場合などは、未記入のままで結構です。

被保険者本人の住所、名前及び電話番号を記入してください。

上記のとおり上越　　者負担軽減認定者証の交付を申請します。

令和　○　年　○　月　○　日

住　　所　**上越市木田１丁目１番３号**

申請者　氏　　名　**上　越　　花　子**

電話番号　０２５（　５２６　）５１１１

（宛先）上越市長

認定の審査のため、高齢者支援
閲覧することを
☑承諾します。
□承諾しません。

申請者本人が自署した場合は、押印不要です。
本人以外の方が記名した場合は、押印が必要です。

いずれかに「✔」を記入してください。
（承諾しない場合は、下記の注をお読みのうえ必要な書類を添付してください。）

申請者
住所　**上越市木田１丁目１番３号**
氏名　**上　越　　花　子**

得証明、課税証
るもの（資産

不明な点があった場合の問い合わせ先を記入してください。

■記載内容、添付書類等に不明な点が

氏名＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿（＿＿＿）＿＿＿　申請者との続柄（＿＿＿＿＿）