

第1号様式（第6条関係）

上越市介護保険サービス利用者負担金助成認定証交付申請書

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										
	生年月日	年 月 日	個人番号									
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							
			. .									
			. .									
			. .									
		. .										

上記のとおり上越市介護保険サービス利用者負担金助成認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 () _____

(宛先) 上越市長

助成認定の審査のため、下記のことについて
承諾します。
承諾しません。

- ・ 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閲覧すること。
- ・ 介護老人保健施設（社会福祉法人が提供するサービスに限る。）に入所の場合、社会福祉法第2条第3項第10号に規定する生計困難者に対して、無料又は低額な費用で介護保険法に規定する介護老人保健施設を利用させる事業のため、申請者の年金収入額について、入所施設へ情報を提供すること。

住所 _____

申請者 氏名 _____

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。

■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

氏名 _____ 電話 () _____ 申請者との続柄 () _____