

第 1 号様式（第 4 条関係）

介護保険居宅サービス利用者負担額減額（免除）申請書

フリガナ			申請区分	新規 ・ 更新											
被保険者氏名			保険者番号							1	1	2	2	2	7
			被保険者番号												
生年月日		年 月 日生	個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
住所		〒													
		氏 名	生年月日	生計中心者に○をつけて下さい。											
世帯構成	世帯主														
	世帯員														
越谷市長 宛															
上記のとおり介護保険居宅サービスの利用者負担額に係る減額（免除）を申請します。															
また、この申請に基づく認定内容を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者へ情報提供することに同意します。															
年 月 日															
住 所															
申請者															
電話番号															
氏 名															

市記入欄

適用年月日	備 考
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

介護保険居宅サービス利用者負担額減額（免除）

有効期限が7月31日までの認定証をお持ちの方は更新に、それ以外の方は新規に○をして下さい。

フリガナ	コシガヤ ○○	申請区分	新規 ・ 更新									
被保険者氏名	越谷 ○○	保険者番号					1	1	2	2	2	7
		被保険者番号	0	0	0	0	0	9	9	9	9	9
生年月日	昭和○年○月○日生	個人番号	個人番号(マイナンバー)は記入不要です。									
住所	〒343-○○○○ 埼玉県越谷市××○丁目○番○号											
	氏名	生年月日	生計中心者に○をつけて下さい。									
世帯構成	世帯主	越谷 ○○	昭和○年○月○日				○					
	世帯員	越谷 △△	昭和○年○月○日									

越谷市長 宛

上記のとおり介護保険居宅サービスの利用者負担額に係る減額（免除）を申請します。

また、この申請に基づく認定内容を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に情報提供することに同意します。

年 月 日

記入した日

住所 埼玉県越谷市××

○丁目○番○号

電話番号 048-○○○-○○○○

申請者氏名 越谷 ○○

被保険者（本人）氏名をご記入ください。

市記入欄

適用年月日	備
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

平日 9 時から 17 時に連絡がつく番号をご記入ください