

認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者認定申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		性別	男・女
住所	〒 ー 電話番号		
利用（予定）事業所名			
利用開始（予定）年月日	年 月 日		
<p>浜田地区広域行政組合管理者 様</p> <p>上記のとおり認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者の認定を申請するとともに、私及び世帯員の住民税の課税状況について浜田市又は江津市の税担当課の資料により調査されることに同意します。</p> <p>また、この申請の結果について、浜田地区広域行政組合管理者が利用（予定）事業所に開示することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 ④</p>			

※ 浜田地区広域行政組合記入欄

認定区分	1	2	非該当
決定年月日	年 月 日		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
備考			