

# 記入例

該当に○

## 上田市介護保険利用料助成金認定申請書（新規・更新）

該当に○

現在利用しているサービス、または今後利用予定のサービスにレ

助成を必要とする理由を記入

住民票上の世帯主と世帯員をすべて記入

該当にレ


該当に○

該当にレ

上の内容を承諾・同意の上、必ず本人署名、押印をする

申請書提出事業者名、番号について必ず記入記入のない場合に事業所に結果が戻らない場合があります

認定証・結果通知書の送付先が被保険者本人でない場合に記入

フリガナ	カイト ハナコ		保険者番号	202036
被保険者氏名	介護 花子		被保険者番号	0000112233
生年月日	明・大・昭 5年 11月 20日生		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
住所	〒 386-0024 上田市大手1-11-16		電話番号	23-6246
給付希望サービス (※利用希望サービスにチェックする)	居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		
	介護予防サービス	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護		
	地域密着型サービス	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期利用特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 短期利用認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護		
	総合事業	<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス(介護予防訪問介護) <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス(介護予防通所介護)		
利用料助成金認定申請理由	例…収入が少ないため			
世帯構成	氏名	生年月日	性別	
世帯主	介護 太郎	明・大・昭 平 13年 10月 10日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
世帯員	介護 花子	明・大・昭 平 5年 11月 20日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	介護 一郎	明・大・昭 平 23年 5月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		明・大・昭 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		明・大・昭 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<p>(申請先) 上 田 市 長 上記のとおり申請します。 なお、この申請を行うにあたり、上田市が、私及び私の家族の「①世帯の状況、②所得及び市民税の課税状況、③市税・介護保険料納付状況調査(裏面)で調査する税目等の納付状況、並びに④生活保護の受給の有無」について関係各課所に照会し関係公簿等を調査することを承諾します。 また、当該申請に係る決定事項について、関係する居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び介護サービス事業者等へ情報提供すること、及び当該制度もしくは当該介護サービスを利用する期間中に状況変更等があった場合に再度同様の事務処理を行うことに同意します。</p> <p>令和 × 年 × 月 × 日</p> <p>申請者名(被保険者) (署名) 介護 花子 </p>				
*申請書提出者が被保険者本人の場合は記入不要です。				
申請書提出者	住所	〒	電話番号	-
	氏名			
事業者名	△△居宅介護支援事業所	担当者	〇〇〇〇	事業者番号 2070312345

### ※上田市記入欄

受付窓口	<input type="checkbox"/> 高齢者介護課 <input type="checkbox"/> 真田自治センター <input type="checkbox"/> 丸子自治センター <input type="checkbox"/> 武石自治センター	受付年月日	令和 年 月 日	申請日付	日付	処理者
要介護度(認定状況)	非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	発行	日付	日付
申請の決定	<input type="checkbox"/> 認定しない <input type="checkbox"/> 認定する	対象要件	① 住民税世帯課税状況 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 ② 年金収入+所得が80万円 <input type="checkbox"/> 超過 <input type="checkbox"/> 以下 ③ 市税等の滞納 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	送付	No. 日付	日付
決定年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日 から	所得段階	第 段階	