

認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等利用者負担軽減認定申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒 -										
要介護度	要支援2	要介護 1・2・3・4・5									
利用(予定) 事業所名											
<p>雲南広域連合長 様</p> <p>認知症対応型共同生活介護事業利用者負担の軽減対象要件確認のため、世帯の課税状況を調査することに同意します。また、認定結果を雲南広域連合が利用(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>住 所</p> <p>申請者 氏 名 (印) (被保険者との続柄)</p> <p>電話番号 () -</p>											

雲南広域連合記入欄

決定年月日	有効期間
年 月 日	年 月 日 から 年 月 日 まで
第5条関係	
<input type="checkbox"/> 第5条1号該当 <input type="checkbox"/> 第5条2号該当 <input type="checkbox"/> 第5条3号該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
備 考	