

様式第1号（第5関係）

長野市介護保険訪問介護等利用者負担助成申込書

介護保険被保険者氏名		介護保険被保険者番号					
フリガナ							
		生年月日				性別	
		明・大・昭 年 月 日				男・女	
住所	〒 連絡先（電話）						
身体障害者手帳又は療育手帳の状況	有・無	交付年月日		昭・平・令 年 月 日			
		手帳の種別		身体障害者手帳・療育手帳			
		交付番号及び級		第 号 種 級			
		氏 名		生年月日		性別	生計中心者に○印を付けてください。
世帯構成	世帯主						
	世帯員						
長野市長 宛							
上記のとおり訪問介護等の利用者負担額に係る助成を申し込みます。							
年 月 日							
申込者（被保険者）		氏 名					
		住 所					
連絡先（電話）							

長野市処理欄

端末確認	派遣実績確認	申請入力	認定入力	適用年月日	有効期限	交付年月日	受 付

上記の申込みについて承諾してよろしいか伺います。

主 務	担 当	係 長	課長補佐	課 長	部 長

公費受給者番号						
起 案			決 裁			

（裏面）

長野市介護保険訪問介護等利用者負担助成申込みに係る同意書

長野市長 宛

長野市介護保険訪問介護等利用者負担助成の申込みに当たって、長野市が申込者及び申込者の属する世帯の世帯員（以下「申込者等」という。）の資産及び収入の状況につき、官公署に調査を囑託し、又は銀行、信託会社、証券会社、保険会社等の金融機関、申込者等の雇主その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、長野市の調査囑託又は報告要求に対し、官公署又は銀行等が報告することについて、申込者等が同意している旨を官公署又は銀行等に伝えてかまいません。

年 月 日

住 所 _____

申込者（被保険者）氏名 _____ (印)

世帯員 _____ (印)

_____ (印)

_____ (印)

_____ (印)

※ 世帯員については、全員の氏名を記入し、押印すること。