様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減対象確認申請書  （離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | フリガナ |  | 確認番号 |  | | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  | | 個人番号 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 | | 住所 | 〒  電話番号 | | | | 平　戸　市　長　　様  　　上記のとおり、離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減の対象確認  の申請をします。  　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　住　所  　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |   　　市（町村）記入欄   |  |  | | --- | --- | | 交付年月日 | 備考 | | 年　　　月　　　日 | （所得分布の状況等を記入）    　本人　（　課税　・　非課税　）  　社福減免　（　有り　・　無し　）  　認　定　・　却　下 | | 適用年月日 | | 年　　月　　日から | | 有効期限 | | 年　　月　　日まで | |

**調査の同意書**

下記に該当する申請に係る課税状況等に関して、私は私の世帯員に一任され、　　私及び世帯員の一切の調査に同意します。

◆申請の種類（該当するものの番号に○をしてください。）

１．介護保険負担限度額認定申請

２．介護保険特定負担限度額認定申請

３．介護保険利用者負担額減額・免除等申請

４．社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請

⑤．離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額

軽減対象確認申請

平戸市長　様

令和　　年　　月　　日

住　所

申請者　　　　　　　　　　　　　 　㊞

**委任状**

　私は、　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

　令和　　年　　月　　日に申請した介護保険負担限度額認定証及び決定通知書の受領に関すること。

　　　　　　　　　　申請者の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　代理人の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄

様式第２号（第３条関係）

【記入例】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減対象確認申請書**  **（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置）**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | フリガナ | ヒラド　タロウ | 確認番号 |  | | 被保険者氏名 | 平　戸　太　郎 | 被保険者番号 | １２３４５６７８９０ | | 個人番号 | 987654321012 | | 生年月日 | 明・大・昭　１５年 １ 月 １ 日 | 性別 | 男　・　女 | | 住所 | 〒８５９－５１９２  　平戸市岩の上町１５０８番地３  電話番号　２２－４１１１ | | | | 平　戸　市　長　　様  　　上記のとおり、離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減の対象確認  の申請をします。  　　　　令和 元 年　７　月　１　日  　　　　　　　　住　所　　平戸市岩の上町１５０８番地３  　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　２２－４１１１  　　　　　　　　氏　名　　平　戸　太　郎　　㊞ | | | |   　　市（町村）記入欄   |  |  | | --- | --- | | 交付年月日 | 備考 | | 年　　　月　　　日 | （所得分布の状況等を記入）    　本人　（　課税　・　非課税　）  　社福減免（　有り　・　無し　）  　認　定　・　却　下 | | 適用年月日 | | 年　　月　　日から | | 有効期限 | | 年　　月　　日まで | |

**調査の同意書**

下記に該当する申請に係る課税状況等に関して、私は私の世帯員に一任され、

私及び世帯員の一切の調査に同意します。

◆申請の種類（該当するものの番号に○をしてください。）

１．介護保険負担限度額認定申請

２．介護保険特定負担限度額認定申請

３．介護保険利用者負担額減額・免除等申請

４．社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請

⑤．離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額

軽減対象確認申請

平戸市長　様

令和 元 年 ７ 月 １ 日

住　所　　平戸市岩の上町1508番地3

申請者　　平　戸　太　郎　　　　 　㊞

**委任状**

　私は、　○○○○○○○○○○　を代理人と定め、次の権限を委任する。

　　　（事業所名または担当ケアマネ氏名）

　令和 元 年 ７ 月 １ 日に申請した介護保険負担限度額認定証及び決定通知書の受領に関すること。

　　　　　　　　　　申請者の住所　平戸市岩の上町1508番地3

　　　　　　　　　　　　　　氏名　平　戸　太　郎　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　代理人の住所　○○○○○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所所在地）

　　　　　　　　　　　　　　氏名　○○○○○○○○○○　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名または担当ケアマネ氏名）

　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　　入　所　施　設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（入所施設または担当ケアマネ）