

様式第1号（第4条関係）

塩尻市介護サービス利用助成券交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）塩尻市長

申請者 住 所

氏 名

介護サービス助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		確認番号									
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	年 月 日										
住 所	〒 電話番号										
交付申請理由											
世帯に市民税が課税されている人がいますか。（どちらかに○をつけてください。）											
課税されている人がいる 全員課税されていない											
私と世帯員の 年度市民税課税資料を、資格確認のため職員が閲覧することに同意 します。											
（世帯員全員記入してください。なお、氏名を自署する場合、押印を省略することができません。）											
被保険者氏名		印	世 帯 員							印	
世 帯 員		印	世 帯 員							印	
世 帯 員		印	世 帯 員							印	

市処理欄

認定 状況	要介護1・2・3・4・5 要支援1・2 事業対象	課税 状況	本人（課税・非課税） 世帯員（課税・非課税）	判 定	承認 却下
----------	--------------------------------------	----------	---------------------------	--------	----------