

第1号様式（第6条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請書

|                    |                                 |     |         |          |         |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---------------------------------|-----|---------|----------|---------|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ               |                                 |     |         |          | 保険者番号   | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 被保険者氏名             |                                 |     |         |          | 被保険者番号  |   |   |   |   |   |   |
|                    |                                 |     |         |          |         |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日               | 年 月 日                           |     |         |          | 個人番号    |   |   |   |   |   |   |
| 要介護認定区分            | 要支援2 ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） |     |         |          |         |   |   |   |   |   |   |
| 入居（予定）事業所          |                                 |     |         |          |         |   |   |   |   |   |   |
| 世帯構成<br>（被保険者を除く。） | <div></div> 世帯員                 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 被保険者との関係 | 個 人 番 号 |   |   |   |   |   |   |
|                    |                                 |     | ・ ・     |          |         |   |   |   |   |   |   |
|                    |                                 |     | ・ ・     |          |         |   |   |   |   |   |   |
|                    |                                 |     | ・ ・     |          |         |   |   |   |   |   |   |
|                    |                                 |     | ・ ・     |          |         |   |   |   |   |   |   |

上記のとおり上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所

申請者（被保険者） 氏 名

電話番号 ( )

(宛先) 上越市長

■記載内容、添付書類等に不明な点があった場合の問い合わせ先

氏名 住所

電話 ( ) 申請者との続柄 ( )