

介護保険訪問看護利用者負担軽減対象認定申請書

被保険者番号										保険者番号	132290			
個人番号														
住 所	〒													
フリガナ														
被保険者氏名														
(あて先) 西東京市長 上記のとおり介護保険訪問看護利用に係る負担軽減対象の認定申請をします。 令和 年 月 日 申請者（被保険者本人） 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____														

連絡先（被保険者と異なる場合）電話 _____ 氏名 _____

添付書類 ・ 収入及び資産等に関する申告書 ※世帯全員の預貯金通帳コピーを添付
・ 介護保険訪問看護利用者負担額軽減補助金の受領に関する申出書（本人口座以外の場合）
[振込先] 補助金が交付される場合、振込口座として登録されます。

金融機関名	支店名	種 別	口 座 名 義 人
銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 出張所	1. 普通	(カナ)
金融機関コード (4 ケタ)	支店コード (3 ケタ)	口 座 番 号 (7 ケタ)	

※振込口座は、原則として被保険者本人のものとしてください。親族等の口座に振込む場合には、別に【介護保険訪問看護利用者負担額軽減補助金の受領に関する申出書】の提出が必要となります。
市処理欄（記入しないでください）

生活保護受給の有無	有 ・ 無	審査結果	該当 ・ 非該当		
世帯全員の市民税課税状況	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯	非該当理由	☐ 課税世帯のため ☐ 非課税世帯で年間収入額が基準額を超えているため ☐ 預貯金等合計額が基準額を超えているため		
世帯全員の収入額	円				
世帯全員の預貯金額等	円				
備考		通知送付日	入力	審査	受付