

様式第 1 号

決 裁	課 長	主 幹	担当主査	担 当	担当ケマネ	受付	年 月 日
						確認	年 月 日
						交付	年 月 日

介護保険居宅サービス利用者負担特別給付対象確認申請書

令和 年 月 日

士 幌 町 長 様

介護保険居宅サービス利用者負担特別給付の対象であることの確認を申請いたします。
なお、私の世帯の住民税課税状況等を調査することに同意いたします。

申請者	氏 名		被保険者番号	
	住 所			
利用する事業所		☐ 士幌愛風会訪問介護事業所 ☐ 士幌愛風会通所介護事業所 ☐ 士幌愛風会小規模多機能型居宅介護事業所 ☐ 士幌町老人短期入所生活介護事業所 ☐ 士幌町国民健康保険病院		
住民税の状況		①第 1 段階(生保受給者以外) ②第 2 段階 ③第 3 段階 ④ 2 号世帯非課税		

介護保険居宅サービス利用者負担特別給付対象確認証明書

上記の申請者は、介護保険居宅サービス利用者負担特別給付の対象者であることを証明します。

有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで	
他の軽減等措置	☐ 社会福祉法人等軽減措置	(/10)
	☐ 離島等地域軽減措置	(/10)
町助成率	1 / 4	食費、滞在費及び日常生活費負担を除く

令和 年 月 日

士幌町長 高木 康弘