第２号様式

通所介護等食費助成認定申請書

（記入例）

フリガナ		保険者番号	121045
被保険者氏名		被保	
生年月日	年　月　日	個人番号	
住所	〒 電話番号		
利用を予定している通所系サービス	1　通所介護（デイサービス） 2　通所リハビリテーション（デイケア） 3　認知症対応型通所介護 4　地域密着型通所介護（小規模デイサービス） 5　小規模多機能型居宅介護 6　看護小規模多機能型居宅介護 7　通所介護相当サービス		
利用開始年月日	年　月　日		
申請事由	1　生活保護を受給している 2　利用者を含む世帯全員の住民税が非課税である		

個人番号（マイナンバー、12桁）をご記入ください。分からない場合には、空欄で結構です。

利用を予定している通所系サービスの種類や利用開始日が、不明な場合は、空欄で結構です。

新宿区長　宛て　　年　月　日

上記のとおり通所介護等の食費の助成に係る認定の申請をします。

また、被保険者及び下記の者は、区がこの申請に基づく事務処理のため必要があるときは、区の保有する個人情報並びに情報提供ネットワークシステムを使用して地
こと、並びに被保険者の利用する事業者に対して、申請の結果を情報

チェックもれに注意してください。

同意する場合は、□にレを記してください。　同意する　□

被保険者の同一世帯の世帯員氏名

氏名	被保険者との続柄	生年月日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日
		年　月　日

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者　住所

氏名　　電話番号

区記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	認定区分 ＿＿＿＿　承認・非承認
適用年月日	
年　月　日	生保証明　あり　なし
有効期限	世帯の課税状況
年　月　日	利用者本人　非課税　課税　同居家族　非課税　課税（　　）

番号確認	代行・代理人の身元確認	代理権・被保険者の身元確認
・個人番号カード ・通知カード ・その他（　　）	・個人番号カード　・運転免許証 ・介護支援専門員証 ・その他（　　）	・委任状　・介護保険被保険者証 ・介護保険負担割合証　・資格確認書 ・その他（　　）