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	シンジュク ハナコ	保険者番号	[illegible]
被保険者氏名	**新宿 花子**	被保険者番号	00[illegible]456
生年月日	**昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日**	個人番号	**123456789012**
住所	**〒160−8484** **新宿区歌舞伎町1−4−1** 電話番号 **03−5273−4176**		
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[illegible] 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[illegible]）		
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。

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

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、申請者及び下記の者は、区がこの申請に基づく事[illegible]す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[illegible]並びに申請者の利用する事業者に対して、申請の結果を[illegible]

○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者（被保険者）　住所　**新宿区歌舞伎町1−4−1**

氏名　**新宿 花子**　電話番号　**5273−4176**

被保険者ご本人の住所・氏名・電話番号を記入してください。

申請者(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
新宿 太郎	**夫**	**昭和** ○ 年 ○ 月 ○ 日
		年 月 日

世帯員がいる場合は、世帯員の氏名・続柄・生年月日を記入してください。

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（　　）