

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		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。	
生年月日	年 月 日	個人番号	
住所	〒	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。	
利用を予定している通所系サービス		電話番号	
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		
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。		チェックもれに注意してください。	
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すること、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			
同意する場合は、□にレを記してください。		同意する <input type="checkbox"/>	

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	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 ・医療保険被保険者証 ・その他 ( )	・委任状 ・介護保険被保険者証 ・介護保険負担割合証 ・健康保険被保険者証 ・資格確認書 ・その他 ( )