第２号様式

通所介護等食費助成認定申請書

フリガナ		保険者番号	131045
被保険者氏名		被保険者番号	
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		

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方税関係の情報連携を利用すること、並びに申請者の利用する事業者に対して、申請の結果を情報提供することに同意します。

年　　月　　日

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（被保険者）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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
		年　　月　　日
		年　　月　　日
		年　　月　　日
		年　　月　　日

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（　　）