

(第1様式)

荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減対象者認定申請書

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名		
生年月日		
利用施設	施設の種類	①施設 ②老健 ③療養 ④短期入所 ⑤グループホーム ⑥小規模
	名称	電話番号 ()
	所在地	
要介護認定	認定有効期間 (平成 年 月 日 ~平成 年 月 日)	
荒川区長殿		
上記のとおり荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金に係る対象者認定の申請をします。		
なお、上記の認定に当たり、認定に必要な範囲内において、荒川区福祉部介護保険課が区の関係部課から個人情報を確認することに同意します。		
平成 年 月 日		
申請者	住所	
(被保険者本人)		
	氏名	⑩ 電話番号 ()

(区担当者記入欄)

- ①施設 ②老健 ③療養 ④短期入所 ⑤グループホーム ⑥小規模

利用者負担段階	第1段階 第2段階 第3段階 第4段階(本人非/課) (福・生) (世500以下/その他)	受理印
有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
承認/不承認決定年月日	平成 年 月 日	