

様式第1号(第6条関係)

浦添市訪問介護等利用者負担額軽減措置[新規 ・ 更新]認定申請書 年 月 日 浦添市長 殿 申請者 住所 氏名 印 次のとおり、[新規 ・ 更新]認定の申請をします。				
フリガナ		被保険者 番号		
対象者 氏名				
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 電話番号			
世帯 構成	氏名	生年月日	備考	
	世帯主			
	世帯員			
浦添市記入欄				
所得段階確認	備 考			
年 月 日	・ 第2号被保険者 市民税世帯 (課税 ・ 非課税)			
段階				
他法利用状況	該 当 非該当			
有 ・ 無				

【窓口に来た人】申請者と異なるときは、記入して下さい。

氏名： 申請者との続柄： 電話番号：

同 意 欄	私は、本事業の利用のための手続等に関して、必要最小限の範囲において、私及びその家族の個人情報を使用することを同意します。 また、この事業の利用に必要な情報について、浦添市が委託している委託事業者へ情報提供することについて同意します。 本人氏名 代筆者氏名
-------------	---