

低所得被爆者訪問介護利用助成受給資格認定申請書

(あて先) 長崎市長

年 月 日

フリガナ												明治 大正昭和										年 月 日生										① この申請書には「介護保険被保険者証」の写しを添えてください。 2. 同意欄は署名してください。									
申請者氏名																																									
申請者住所		長崎市 丁目 番 号										電話 () —																													
公費受給者番号 (手帳番号)		—										介護保険被保険者番号																				同意欄 訪問介護利用助成受給の審査・決定に必要なときは、私の課税状況等について、地方税法に基づく課税台帳等を確認することに同意します。 署名									
世帯の状況	生計中心者	氏 名		申請者との続柄		生 年 月 日				同居別居		別居の場合の住所 電話番号				※所得税課税状況		※調査記載欄																							
				本人		明大昭				別居						課税 非課税																									
						明大昭平令				同居別居		電話 () —				課税 非課税																									
						明大昭平令				同居別居		電話 () —				課税 非課税																									
						明大昭平令				同居別居		電話 () —				課税 非課税																									
						明大昭平令				同居別居		電話 () —				課税 非課税																									
					明大昭平令				同居別居		電話 () —				課税 非課税																										

代行で事業所等が提出に来る場合
事業所等の名称・担当者名

電話番号:() —

※印欄は、記入
しないでください。

※受付印

※判定開始年月日

※判定欄

年 月 日

認定 ・ 非該当

※所得税確認済