

大田市告示第148号の3

大田市認知症対応型共同生活介護事業所等の利用者負担額軽減制度事業実施要綱（平成26年大田市告示第54号）の一部を次のように改正する。

令和3年6月1日

大田市長 楯野弘和

様式第2号を次のように改める。

認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担軽減申請書

（認知症対応型共同生活介護事業所等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ 被保険者氏名			確 認 番 号	
			被保険者番号	
生年月日			性 別	
住 所	〒 電話番号			
利用者負担額 軽減申請理由				
氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください	
世帯 構 成	世帯主			
	世帯員			
<p>大田市長 様</p> <p>上記のとおり認知症対応型共同生活介護事業所等利用者負担額の軽減を申請するとともに、私及び私の属する世帯全員の税情報等について調査されることに同意します。</p> <p>また、申告内容につきましては事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 住 所 申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (続柄)</p>				

※市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	

※収入申告書及び資産等申告書を添付すること

附 則

この告示は、令和 3 年 6 月 1 日から施行する。