

負担割合証明書及び負担限度額認定結果通知書の写し交付申請書

和泉市長 あて

申請日 年 月 日

下記の被保険者に係る、介護保険サービスの提供及び利用者負担額の請求に関する被保険者等の負担軽減のために、次のとおり申請します。交付された内容については、目的以外には使用しないことや守秘義務を誓約いたします。

申請者	氏名	
	地域包括支援センター名 又は居宅介護支援事業者名	
	介護保険施設名	
必要書類	1. 負担割合証明書 2. 直近の負担限度額認定結果通知書の写し	

記

被 保 険 者	番号									
	氏名									
	生年月日	年 月 日								
	住所									

※被保険者の同意

上記の申請者に対して、私の必要書類の写しを交付することに同意します。

本人氏名

※被保険者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

※負担割合証や負担限度額認定証は本来、本人に交付及び結果通知を行うものであり、本人等がサービス提供事業者に証の提示を行うこととなっています(介護保険法施行規則第28条の2及び同規則第83条の7)。本申請については、独居の方や家族等が障がい・疾病等の理由がある場合等に活用していただき、不要な申請を行わないようご理解をお願いします。

事務処理欄		
日付	受付	確認