

つくばみらい市介護保険住所地特例者の世帯管理に係る申請書

【同一世帯を希望する被保険者】

1	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者名	(※)		
	生年月日	年 月 日		
2	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者名	(※)		
	生年月日	年 月 日		
3	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者名	(※)		
	生年月日	年 月 日		
現住所		〒 電話番号 — —		
<p>つくばみらい市長 様</p> <p>介護保険法に規定する住所地特例対象被保険者の世帯管理について、同一世帯での管理を行うことを希望するので、上記のとおり申請します。</p> <p>なお、申請が承認された場合、次の制度の負担上限額等の段階が変更となり、費用負担が大きく又は小さくなることに同意します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>介護保険料、負担割合、高額介護サービス費の負担上限額、高額医療合算介護サービス費の算定基準額、特定入所者介護サービス費の利用者負担段階、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度</p> </div> <p style="text-align: right;">申請年月日 年 月 日</p> <p>(申請者)住所</p> <p style="padding-left: 40px;">名前 (※)</p> <p>(世帯員) 名前 (※)</p> <p>(世帯員) 名前 (※)</p>				

- 注意事項 ・ (※) において、申請者又は世帯員がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。
- ・ 世帯分離をした等世帯の状況に変更が生じた場合は、速やかにつくばみらい市介護福祉課までご連絡ください。