**認知症グループホーム利用者負担軽減対象者認定申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 |  |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　 　日 | 性別 | 男 ・ 　女 |
| 住　　　　所 | 〒　　　　－ | | |
| 利用（予定）  事業所名 |  | | |
| 利用開始（予定）年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 出雲市長　様  上記のとおり認知症グループホーム利用者負担軽減の対象者認定を申請するとともに、  私及び世帯員について市の関係部局から認定に必要な範囲内の個人情報を確認されること  に同意します。また、この申請の結果について、市長が利用（予定）事業所に通知するこ  とに同意します。  　　　　年　　月　　日  申請者　　住　所  　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |

※出雲市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者負担段階 | １　　　２　　　３　　　非該当 |
| 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 適用期間 | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで |
| 備　　考 |  |