様式第３号の２（第７条関係）

**認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等利用者負担軽減非該当認定申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |
| 生年月日 | 年　　　月　 　日 生 | | | 性別 | | |  | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援２ | 要介護　　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | | | | | | |
| 利用（予定）  事業所名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 雲南広域連合長　様  　上記のとおり認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等利用者負担軽減非該当認定を申請します。  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 【同意書】  　認定審査のため、世帯の課税状況を調査することに同意します。また、認定結果を雲南広域連合が利用（予定）事業所に開示することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者　氏名 | | | | | | | | | | | | | |

雲南広域連合記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 決定年月日 | 有効期間 |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日　まで |
| 第５条関係 | |
| □第５条１号該当　　□第５条２号該当　　□第５条３号該当　　□非該当 | |
| 備考 | |
|  | |