

様式第1号（第4関係）

茨木市認知症高齢者グループホーム利用負担軽減申請書

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	連絡先	
住所			
利用事業所名			
要介護度	要支援2 ・ 要介護（1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5）		
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
配偶者の有無	有 ・ 無 ※「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要。		
<p>（申請先）茨木市長</p> <p>茨木市認知症高齢者グループホーム利用者負担軽減を申請します。</p> <p>上記対象要件の確認のため必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の金融機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残額について、報告を求めることに同意します。</p> <p>また、茨木市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印 (氏名が自署の場合は、押印不要です。)</p> <p>配偶者 住所 氏名 印 (氏名が自署の場合は、押印不要です。)</p>			

※市記入欄

区分	非該当 ・ 第1号 ・ 第2号 ・ 第3号
----	-----------------------