

利用者負担区分変更申請書

年 月 日

(宛先) 中央区長

利用者

住 所	中央区
氏 名	
電 話	()

※上記利用者の氏名欄は、本人が自署してください。

<input type="checkbox"/> 中央区高齢者緊急通報システム <input type="checkbox"/> 中央区寝たきり高齢者紙おむつ等支給 <input type="checkbox"/> 中央区高齢者ふとん乾燥・丸洗いサービス <input type="checkbox"/> 中央区寝たきり高齢者理美容サービス	に係る負担区分を変更したいので、下記の通り申請します。
---	-----------------------------

なお、同サービスに係る負担区分変更の適用は区が当該変更に係る事実を確認できた翌月からとなること及び当該変更は届出の当月以前に遡及しないことを確認し、了承しました。

記

変更があった 住民税の年度	年度 (年度所得) <small>※当年度の負担区分は、1から6月までにおいては前年度、7月から12月までは当年度の住民税によって判定します。</small>
変更前の負担区分	
変更後の負担区分	
変更理由	
変更内容が 確認できる書類	以下の変更内容の確認に要する書類を添えて、提出します。 <input type="checkbox"/> 利用者及び利用者の属する世帯の住民税課税（非課税）証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()

申請手続きをした方（申請者と同じ場合は記入不要）				
氏 名		住所		
(事業所名)		続柄	電 話	()

注) 利用者の氏名は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等である場合にあっては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。

(区処理欄)

	認定番号	添付書類	可否	適用開始月
<input type="checkbox"/> 緊急通報(固定・無線)				
<input type="checkbox"/> おむつ				
<input type="checkbox"/> 理美容				
<input type="checkbox"/> ふとん				