

中央区寝たきり高齢者在宅支援入浴サービス利用者負担額免除申請書

ふりがな			保険者番号		1	3	1	0	2	9
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	年	月	日							
住所	中央区 電話番号（ ）									
申請理由	生活保護法第6条第1項に規定する被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国在留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第1項に規定する支援給付の受給者である。									
ケアプラン作成事業所	電話（ ）									
訪問入浴提供事業所	電話（ ）									

(宛先) 中央区長

上記のとおり、寝たきり高齢者在宅支援入浴サービス利用者負担額免除を申請します。
 なお、免除要件の確認に当たり、私の生活保護受給状況及び中国残留邦人等支援給付受給状況について、中央区が保有している情報を利用することに同意します。

年 月 日

申請者 住所
 (被保険者) 氏名

(注) 申請者欄は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等にあつては、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)			
免除可否	可	・	否
適用年月日	年	月	日
有効期限	年	月	日