

**記入例**

特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認申請書（新規）

フリガナ 被保険者氏名	コウイキ タロウ	①介護保険被保険者証に記載の情報を ご記入ください。										
	広域 太郎											
生年月日	昭和7年10月6日	被保険者番号	0	0	0	3	4	5	6	7	8	9
住所	〒399-6101 木曾町日義4898番地37		電話番号 0264-23-1050									
備考	利用者負担額減額申請理由：町村住民税非課税のため											
木曾広域連合長 様 前のおとり特別地域加算に係る利用者負担額の軽減対象を申請 令和8年1月1日 〒399-6101 住所 木曾町日義4898番地37 申請者 電話番号 0264-23-1050 氏名 広域 次郎												
②申請される方の情報をご記入ください。 (代筆可)												

木曾広域連合 記入欄

交付年月日	備考
年 月 日から	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

発行