

認知症対応型共同生活介護家賃等減額認定申請書

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	4	8
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
申請理由									
世帯構成	氏 名	生 年 月 日			性 別				
	世帯主	年 月 日			男 ・ 女				
	世帯員	年 月 日			男 ・ 女				
		年 月 日			男 ・ 女				
入居する認知症対応型共同生活介護事業所									
入居年月日	年 月 日								
宇治市長宛て 上記のとおり認知症対応型共同生活介護家賃等減額の適用を申請します。 年 月 日 住所 〒 申請者 電話番号 氏名 印 被保険者との続柄									

被保険者及び各世帯員の「収入・資産等申告書」の添付が必要です。

市記入欄

備	考
適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日