別記様式第20号（第13条第1項関係）

介護保険　利用者負担割合変更申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  被保険者氏名 |  | | | 保険者番号 | |  | | | | | ０ | | １ | ４ | ６ | ４ | ７ |
|  | | |
| 被保険者番号 | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度状態  区　 分 　等 | 要介護度状態区分　１・２・３・４・５・要支援　その他（　　　　　　　　　　）  有効期間　　　　 年　　　月　　　日　から　　　　 年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在利用の  サービス  (　　月分) | サービスの種類 | | サービスの内容 | | | | 月当たりサービス  利用費　回 (Ｈ) | | | | | 利用料月額 | | | | | |
| 居宅介護サービス | |  | | | |  | | | | | 円 | | | | | |
| 特例居宅介護サービス | |  | | | |  | | | | | 円 | | | | | |
| 施設介護サービス | |  | | | |  | | | | | 円 | | | | | |
| 特例施設介護サービス | |  | | | |  | | | | | 円 | | | | | |
| 居宅介護福祉用具購入 | | 過去のサービス利用　有・無 | | | |  | | | | | 円 | | | | | |
| 居宅介護住宅改修費 | | 過去のサービス利用　有・無 | | | |  | | | | | 円 | | | | | |
| 利用料月額 | |  | | | |  | | | | | 円 | | | | | |
| 利用者負担  割合変更申請  理由 | 対象者 | 被保険者・生計を主として維持する者（氏名　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 災害の種類等 | 具体的に記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 災害を被った期間等 | 年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 災害等による被害額推計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 和寒町長　　　　　　　　様  上記のとおり、利用者負担割合の変更を申請します。  尚、認定のために必要があるときは、被保険者、私及び私の世帯に属する者の所得税の課税状況　を税務当局に報告を求めることに同意します。  年　　月　　日  住　所　　　　　　　　　　　　　　電話番号  申請者  氏　名　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との関係　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

災害等が解る書類を添付して下さい。