

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

山陽小野田市長 様

（申請者） 住 所
氏 名
電話番号 （ ）

介護保険利用者負担軽減助成金交付申請書

山陽小野田市介護保険利用者負担軽減助成金交付規則第4条の規定により、
介護保険利用者負担軽減助成金（ 年 月分）の交付について、関係
書類を添えて申請します。

なお、この申請のため、関係機関に市町村民税課税状況を照会することに同意します。

被保険者番号			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
ホームヘルプサービス利用者負担額	円		
世帯構成	氏 名	年 齢	続 柄

※ 添付書類（領収書等）は、裏面に貼ってください。