

荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減認定通知書再交付申請書

フリガナ			被保険者番号
被保険者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
利用施設	施設の種類	① 特養 ② 老健 ③ 医療院 ④ 短期入所 ⑤ グループホーム ⑥ 小規模多機能 ⑦ 地域密着型特養	
	名称	電話番号 ()	
	所在地		
再交付申請の事由	1. 紛失 2. 住所変更 3. 補助金額変更 4. その他 ()		
<p>荒川区長殿</p> <p>上記のとおり荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減認定通知書の再交付を申請します。</p> <p>なお、上記の認定に当たり、認定に必要な範囲内において、荒川区福祉部介護保険課が区の関係部課から個人情報を確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ 本人との関係 _____</p> <p>申請者住所 _____</p> <p>電話番号 () _____</p>			

受領印	発行者

(区担当者記入欄)

① 特養 ② 老健 ③ 医療院 ④ 短期入所 ⑤ グループホーム ⑥ 小規模 ⑦ 地密

利用者負担段階	第1段階 第2段階 第3段階 第4段階(本人非/課) (福・生) (世500以下/その他)	受理印
既認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
交付年月日	令和 年 月 日	