

同意書

介護保険高額介護（予防）サービス
介護保険訪問介護利用者負担割合
サービス提供期間の支給額との重複分
へ充当することに同意します。

申請日が属する年度（毎年4月1日～翌年3月31日）の日付を記載してください。

（例）令和8年度（令和8年4月1日～3月31日）
の申請の場合は、8と記入してください。

対象サービス提供期間 令和8年1月利用分～令和8年12月利用分

※埼玉県国民健康保険団体連合会での審査等により、上記指定期間外分の
支給が発生する可能性があります。

令和 8 年 4 月 10 日

被保険者

住所 鳩山町大字大豆戸184-16

氏名 鳩山 太郎

（自署又は記名押印）

（申請者）

住所 同上

氏名 鳩山 花子

（自署又は記名押印）

鳩山町長 あて

（注意事項）

- ・被保険者と申請者が同一である場合は、申請者欄の記入は必要ありません。
- ・被保険者と申請者が同一でない場合は、申請者の本人確認書類の写しを添付してください。