

様式第1号(第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名			確 認 番 号		
			被保険者番号		
生 年 月 日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 ー				
	電話番号 ー ー				
利用者負担 額軽減申請 理 由					
対象サービス及び提供者 事業者 (利用サービスに○をつけ、事業者名を記入してください。)	1 訪問介護(ホームヘルプサービス)				
	2 通所介護(デイサービス)				
	3 短期入所生活介護(ショートステイ)				
	4 介護福祉施設サービス(特別養護老人ホーム)				
	5 介護予防通所介護(デイサービス)				
	6 介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)				
世帯構成	氏 名		生年月日	性 別	生計中心者に○をつけてください。
	世帯主				
	世帯員				
<p>本宮市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。なお、この審査のために私及び世帯員(扶養者含む)の市民税の課税状況その他必要な事項の状況を確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名 電話番号 ー ー</p>					

市記入欄

交付年月日	備 考
令和 年 月 日	
適用年月日	
令和 年 月 日から	
有効期限	
令和 年 月 日まで	

