

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措置）

年 月 日

廿日市市長 様

次のとおり関係書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請を行います。
なお、審査に当たって、私の世帯全員の住民票の原本及び市町村民税課税台帳、固定資産税課税台帳、介護保険台帳を確認することを承認します。

フリガナ 被保険者 （申請者） 氏名		確認番号													
		被保険者番号													
		個人番号													
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日		性 別		男 ・ 女									
住 所		〒 電話番号 ()													
利用者負担額 軽減申請理由															
		氏 名		個人番号		生年月日				性別					
本人を含む世帯構成員	世帯主					年 月 日									
	世帯員					年 月 日									
						年 月 日									
						年 月 日									
						年 月 日									

市記入欄（記入しないでください。）

交付年月日		備 考									
年 月 日		生活保護受給 有 無 老齢福祉年金受給 有 無 世帯員数 人世帯 市町村民税世帯課税状況 非課税 課税									
適用年月日		世帯収入合計 円 世帯預貯金等合計 円 資産状況 扶養状況 介護保険料 認定結果 該当 非該当									
年 月 日から											
有効期限											
年 月 日まで											

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。