

様式第1号(第7条関係)

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

名寄市長 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額の軽減対象の確認を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	----- ⑤		確認番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
住 所	〒 電話番号			
旧措置入所者 利用者負担割合	特別養護老人ホーム (旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下への該当 該当 ・ 非該当)			
利用者負担額 軽減申請理由	低所得世帯のため			
	氏 名	生年月日	性 別	生計中心者に○印
世帯 構成	世帯主	年 月 日	男・女	
	世帯員	年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	被保険者との関係

室 長	主 幹	係 長	係

下記のとおり決定してよろしいか。

名寄市記入欄

交付年月日 年 月 日	備 考
適用年月日 年 月 日 から	(世帯の所得の状況等) ・ 市町村民税世帯課税状況： 非課税 ・ 課税 ・ 介護保険料納入状況： 滞納無 ・ 滞納有 ・ 申告書による対象者要件： 該当 ・ 非該当 上記の結果(対象者・対象外者)とする。
有効期限 年 月 日 まで	(居宅介護支援事業所・入所施設：)