

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ		確認番号				
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	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	1 老齢福祉年金受給者 2 生活保護受給者 3 その他(低収入のため)					
氏 名	生年月日	性 別	生計中心者に○を付けてください。			
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
<p style="text-align: center;">(宛先)出水市長</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確認の申請をします。 なお、この度の申請に伴い必要な場合は、本人及びその属する世帯等の課税状況等を調査されることに同意します。また、適切な介護サービス提供のために必要があるときは、軽減認定内容を居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 印 電話番号 ()</p>						

市記入欄

交付年月日	備 考
令和 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
令和 年 月 日 から	
有効期限	
令和 年 月 日 まで	