

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				保険者番号															
被保険者氏名				被保険者番号															
				個人番号															
	生年月日	年	月	日生															
住所	〒																		
	電話番号																		
利用サービス	1. 介護福祉施設サービス 2. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 3. 訪問介護 4. 通所介護 5. 短期入所生活介護 6. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 7. 夜間対応型訪問介護 8. 地域密着型通所介護 9. 認知症対応型通所介護 10. 小規模多機能型居宅介護 11. 複合型サービス 12. 介護予防短期入所生活介護 13. 介護予防認知症対応型通所介護 14. 介護予防小規模多機能型居宅介護 15. 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。) 16. 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)																		
	氏 名			生 年 月 日			生計中心者に○を付けてください。												
世帯構成	世帯主			年 月 日															
	世帯員			年 月 日															
				年 月 日															
				年 月 日															
<p>日進市長 あて</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請をします。この申請において申告した内容について相違ありません。相違があった場合には、申告した内容に基づいて行われる社会福祉法人等利用者負担の軽減を取り消されても異議を申し立てません。</p> <p>なお、私及び私の属する世帯員の所得状況等を課税台帳等により調査・確認され、また、老齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査・確認されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>電話番号</p>																			

市記入欄

交付年月日	
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	