

第1号様式の2(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 — 生活保護受給者用 —
(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	保険者番号										
	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 短期入所生活介護 2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 3 介護福祉施設サービス 4 介護予防短期入所生活介護										
	氏 名	生 年 月 日		生計中心者に○をつけてください。							
世帯構成	世帯主	年 月 日									
	世帯員	年 月 日									
		年 月 日									
日進市長 あて 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。 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。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号											

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	