

記入例

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生計困難者等に対する利用者負担軽減制度)

記入不要です

フリガナ 被保険者氏名	-----	確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	大・ <input checked="" type="radio"/> 12年	3月	4日
住所	〒 755-8681 電話番号 0836-34-8396 宇部市常盤町 1-7-1		
利用者負担額 軽減申請理由	(軽減が必要な理由を簡潔にご記入ください)		
	氏名	生年月日	生計中心者 に○を付ける
世帯構成	世帯主	介護 太郎	大・ <input checked="" type="radio"/> ・平 12年 3月 4日 ○
	世帯員	介護 花子	大・ <input checked="" type="radio"/> ・平 13年 4月 5日
			大・昭・平 年 月 日
			大・昭・平 年 月 日
現在利用中の社会福祉法人・サービスについて、該当するものに○をしてください。			
《社会福祉法人名》	<input checked="" type="radio"/> 神原苑	<input type="radio"/> アスワン山荘	<input type="radio"/> 敬愛会
<input type="radio"/> むべの里光栄	<input type="radio"/> 愛世会 (センチュリー21)	<input type="radio"/> ひとつの会	
<input type="radio"/> 扶老会 (楠園)	<input type="radio"/> 育修会	<input type="radio"/> 博愛会 (宇部あかり園)	
《サービスの種類》	<input checked="" type="radio"/> 施設入所	<input type="radio"/> 通所介護	<input type="radio"/> 短期入所
<input type="radio"/> 訪問介護	<input type="radio"/> 認知症対応型通所介護 (介護予防含)	<input type="radio"/> 小規模多機能型居宅介護 (介護予防含)	
<input type="radio"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="radio"/> 第一号訪問事業	<input type="radio"/> 第一号通所事業	

宇部市長 様

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、私及び私の属する世帯員の市民税の課税状況を調査・確認し、老齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査・確認

被保険者の住所、氏名を記入してください。
内容について、お問い合わせする場合がありますので、ご連絡先が本人でない場合は、空欄にその旨とご連絡先をご記入ください。

令和 4年 8月 1日

申請者 住所 宇部市常盤町 1-7-1

氏名 介護 太郎

電話番号 0836-34-8396

市記入欄 (以下は記入しないで下さい。)

受付日	該当 (1/2 ・ 1/4) ・ 却下		
受付者	1. 世帯課税の有無	_____年度分	(有・無)
	2. 生活保護受給の有無		(有・無)
	3. 老齢福祉年金受給の有無		(有・無)
	4. 世帯の収入等の状況		
	世帯の前年中の収入合計基準額		(超・以下)
	他世帯に属する市町村民税課税者からの扶養		(有・無)
	活用できる資産の有無		(有・無)
	5. 介護保険料の滞納		(有・無)
	6. 負担限度額認定の有無		(有・無)