

社会福祉法人等による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措置)

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		3 5 2 1 6 1				
	被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒					電話番号	
利用事業所名							
利用するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設						
	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						
山陽小野田市長 宛 私は、社会福祉法人等による介護保健サービスに係る利用者負担軽減を申請するにあたって、別紙のとおり私とその世帯構成員の収入状況について申告します。なお、記載内容を確認するため、市が資産及び収入状況を官公署又は銀行、信託銀行に報告を求めることに同意します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号							

市記入欄

交付年月日	年 月 日	備考
適用年月日	年 月 日から	《対象者要件確認》 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> 預貯金等 <input type="checkbox"/> 活用資産 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 保険料滞納 <input type="checkbox"/> 認定 / 100 <input type="checkbox"/> 却下 (理由:)
有効期限	年 月 日まで	

受付印

受付	<input type="checkbox"/> 介護保険係 <input type="checkbox"/> 山陽総合事務所 <input type="checkbox"/> ()支所	受付日	受付者	市入力日	市入力者	課長	補佐	係長	係員
		/		/					