

申請書の記入方法

(社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書)

個人番号を記入する場合には、以下の書類の写しの添付(窓口受付の場合は提示)が必要です。

- ①個人番号がわかるもの
- ②本人の身分証明書

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) **上記書類の添付が困難な場合には、職権でお調べしますので、個人番号の記入は不要です。**

フリガナ 被保険者氏名		個人番号	保険者番号	
			被保険者番号	
生年月日				
住所		〒	電話番号	
利用者負担額減免申請理由				
申請理由を必ずご記入ください				
氏名		生年月日		生計中心者に○をつけて下さい
世帯構成	世帯主			
	世帯員			
世帯主及び世帯員の氏名・生年月日等を記入し、生計中心者に○をつけてください				
(あて先) 座間市長				
上記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認の申請をします				
令和 年 月 日				
住所 _____				
申請者 氏名 _____ 電話番号 _____				
申請者欄には被保険者本人の住所・氏名・電話番号をご記入ください				
(個人情報について) 介護保険特定負担限度額の認定には、介護保険課が住民記録、市民税収入・課税状況、公的扶助状況について、戸籍住民課、市民税課、生活援護課より情報提供を受けることに同意します。				
本人氏名		(代筆者)		

保険者記入欄

交付年月日	被保険者氏名をご記入ください (等)を把握)	代筆の場合には、代筆者の氏名・被保険者との関係をご記入ください 書き方の例：座間 太郎 (長男)
年 月 日		
適用年月日		
年 月 日から		
有効期限		
年 月 日まで		