

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)

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		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			
		氏 名	生 年 月 日
世帯 構 成	世帯主		生計中心者に○を つけて下さい
	世帯員		
(あて先) 座間市長			
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を申請します。			
令和 年 月 日			
住所 _____			
申請者			
氏名 _____ 電話番号 _____			
(個人情報の使用について)			
申請に係る事実についての審査に関する事務において、世帯市町村民税課税状況、世帯の収入状況及び介護保険料の 収納状況等について、住民基本台帳、課税台帳、介護保険料収納台帳等により確認す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	備考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	