

様式第1号

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制度)

フリガナ 被保険者氏名		個人番号													
		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											
利用サービス		1 特別養護老人ホーム(旧措置入所者への該当 該当・非該当) 2 在宅サービス(訪問介護の経過措置への該当 該当・非該当)													
利用者負担額軽減申請理由															
		氏 名		生年月日		性別		預貯金等の額							
世帯構成	世帯主														
	世帯員														
<p>※ 預金通帳・株券・証券の写しを添付して下さい。</p> <p>豊浦町長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認を申請します。 また、軽減対象確認のために必要があるときは、世帯等の課税状況、資産の有無等を担当職員が確認することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名 電話番号</p>															

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯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	