

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度)

※太字の部分を入力してください。

(ふりがな)	かいご はなこ	確認番号	
被保険者氏名 (申請者氏名)	介護花子	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8
生年月日	昭和10年1月1日 (76歳)	要介護度区分	要支援・ <b>要介護</b> ( 3 )
生活保護受給 (該当者のみ記入)	有 ・ <b>無</b>	担当課	
住所	〒 252-5277 電話042-754-1111 相模原市中央区中央2-11-15		
利用事業所・施設	特別養護老人ホーム ○○○○○○	利用サービス	介護老人福祉施設(特養) ユニット型個室
世帯構成	区分	氏名	生年月日
	世帯主	介護花子	明・大・ <b>昭</b> 10年1月1日
	世帯員		明・大・昭
			明・大・昭
<p>相模原市長あて</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の減額対象の申請をします。</p> <p>平成○○年 ○月○○日</p> <p>申請者 住所 <u>相模原市中央区中央2-11-15</u></p> <p>(本人) 氏名 <u>介護花子</u></p> <p>連絡先 氏名 <u>介護太郎</u> 続柄 <u>子</u></p> <p>住所 <u>相模原市中央区富士見6-1-20</u></p> <p>電話番号 <u>042(769)8321</u></p>			

押印は不要です。

世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	不動産等資産基準	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
高齢福祉年金の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	保険料納付要件	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
収入基準	<input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超	扶養基準	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
預貯金等基準	<input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給無

決定内容	適用開始年月日	有効期限	備考
<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日	年 月 日	