

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）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	1	5	2	0	6	6
生年月日	年	月	日	被保険者番号					
住 所	〒 電話番号								
申請理由									
（宛先）新発田市長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 軽減対象確認のため調査の必要があるときは、世帯の市民税課税状況、収入状況等について調査することに同意します。また、軽減対象者として認定された場合、認定者名、被保険者番号及び確認番号を居宅介護支援事業者及びサービス提供事業者に提供することに同意します。 年 月 日 〒 住所 氏名 電話番号									
		氏 名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。				
世帯構成	世帯主								
	世帯員								

市町村記入欄

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	