

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)

フリガナ				保険者番号		1	5	2	0	6	6
被保険者氏名				被保険者番号							
生年月日		年	月	日生	性別	男 ・ 女					
住 所		〒 町 丁目 番 号 番地 電話番号									
利用者負担額 軽減申請理由											
		氏 名		生 年 月 日		性 別		前年年間収入額			
世 帯 構 成	世帯主										
	世帯員										
<p>(宛先)新発田市長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認申請をします。 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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 氏名</p>											

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。

本人又は家族等氏名(自署)

市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	市民税	課税 ・ 非課税	有価証券・債券等 有 ・ 無 (円相当)
	老齢福祉年金受給	有 ・ 無	活用できる資産 有 ・ 無
適用年月日	境界層	該当 ・ 非該当	扶養状況 有 ・ 無
年 月 日 から	生活保護	該当 ・ 非該当	保険料滞納 有 ・ 無
有効期限	世帯人数	() 人	<決定事項>
年 月 日 まで	世帯年間収入額	()	1. 承認する(減額割合 /100)
	世帯預貯金額	()	2. 承認しない