

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証交付申請書
(社会福祉法人による利用者負担額の軽減制度)

フリガナ		保険者番号		2	4	4	7	0	7
氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 ー								
	電話番号 ()								
介護老人福祉施設の所在地及び名称(※)			年金	円					
			年中の収入	円					
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい					
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
<p>(宛先) 度 会 町 長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証の交付申請をします。</p> <p>なお、この審査のために、私の収入状況等を調査すること、この確認の結果及び高額介護サービス費の上限額区分を介護サービス事業者、居宅介護(介護予防)支援事業者に提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者(被保険者)氏名 印 (代筆者)</p>									

※欄は介護老人福祉施設に入所されている方のみ記入してください。

(注) 別紙1ー1・1ー2もご記入下さい。

別紙1ー2の注意事項を読み、必要な書類を添付してください。

町記入欄		備	考
交付年月日	年 月 日	課税	扶養
適用年月日	年 月 日	収入	滞納
有効期限	年 月 日から	預貯金	
	年 月 日まで	資産	