

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)

申請書の記入例

		個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
フリガナ 被保険者氏名	カイゴ ハナコ	保険者番号	1 4 2 1 6 6
	介護 花子	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
生年月日	昭和 3 0 年 2 月 2 日		
住所	〒 2 5 2 - 0 0 2 1 座間市緑ヶ丘一丁目 1 番 1 号 電話番号 0 4 6 - 2 5 5 - 1 1 1 1		
利用者負担額 減免申請理由	申請理由を必ず記入してください		
	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけて下さい
世帯主 世帯員 世帯員 世帯員	介護 太郎	0 年 5 月 5 日	○
	介護 花子	0 年 2 月 2 日	この世帯での 生計中心者に ○をつけて ください
(あて先) 座間市長 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認を申請します。 令和 7 年 7 月 1 日 住所 座間市 申請者 介護 二郎 氏名 電話番号 0 8 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0 (個人情報について) 申請に係る事実についての審査に関する事務において、世帯市町村民税課税状況、世帯の収入状況及び介護保険料の 収納状況等について、住民基本台帳、課税台帳、介護保険料収納台帳等により確認することに同意します。 本人氏名 介護 花子 (代筆者) 介護 二郎 (長男)			

保険者記入欄

交付年月日	被保険者氏名を 記入してください	代筆者氏名、被保険者との関係を 記入してください
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		

同意書の記入例

同 意 書

座間市長 殿

座間市介護保険課が、座間市社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度事業実施要綱第6条に基づく社会福祉法人等利用者負担額軽減対象決定のために必要がある時は、地方税関係情報について取得することに同意すると共に、私及び私の世帯員（以下「私共」という。）の収入及び資産の状況について、貴市が官公署に調査を嘱託し、又は銀行、私共の雇主、その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、貴市の調査嘱託又は報告要求に対し、官公署又は銀行等が報告することについて私共が同意している旨を、同意書の提示等により通知することを承諾します。

令和 7 年 7 月 1 日

日付を記入してください

<被保険者本人>

住 所 座間市緑ヶ丘一丁目1番1号

ふりがな かいご はなこ

氏 名 介護 花子

生年月日 昭和30年 2 月 2 日

代筆者 介護 二郎
(代筆の場合は記入してください)

続柄 長男

本人から見た続柄を記入してください

世帯構成員（※単身世帯の場合は未記入）
<同意者>

本人と同一世帯の方全員について記入してください

住 所 座間市緑ヶ丘一丁目1番1号

ふりがな かいご たろう

氏 名 介護 太郎

生年月日 昭和30年 5 月 5 日

代筆者 介護 二郎
(代筆の場合は記入してください)

続柄 長男

同意者から見た続柄を記入してください

同意が必要な者が署名欄より多い場合は欄外に記入してください