

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)

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名			保険者番号
			被保険者番号
生年月日			
住所	〒		電話番号
利用者負担額 減免申請理由			
		氏 名	生 年 月 日
		生計中心者に○をつけて下さい	
世帯構成	世帯主		
	世帯員		
<p>(あて先) 座間市長</p> <p>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の申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者</p> <p>氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p>(個人情報の使用について)</p> <p>介護保険特定負担限度額の認定には、介護保険課が住民記録、市民税収入・課税状況、公的扶助状況について、戸籍住民課、市民税課、生活援護課より情報提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人氏名 (代筆者)</p>			

保険者記入欄

交付年月日	備考 (生計中心者の所得状況等を把握)
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	