

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措置)

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	3 9 2 0 8 4				
		被保険者番号					
		個人番号					
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女				
住 所	〒 _____ 電話番号						
利用者負担 軽減申請理由							
	氏名	生年月日	性別	年金収入額	生計中心者に ○を記入		
世帯 構 成	世帯主						
	世帯員						

宿毛市長 様

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る軽減を申請します。

なお、この申請に関し必要とする収入状況等を市が調査することについて、同意します。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

電話番号

(代筆の場合)代筆者 住 所

氏 名

被保険者との関係

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) 要介護度 [要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5]
適用年月日	利用者負担段階 [第1段階 第2段階 第3段階① 第3段階②]
年 月 日 から	居室の種類 [エット型個室 エット型個室的多床室 従来型個室 多床室] 扶養状況 []
有効期限	軽減率 / 100 [<input type="checkbox"/> 食費・居住費のみ適用]
年 月 日 まで	