

様式第1号

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)

フリガナ				確認番号												
被保険者氏名				被保険者番号												
				個人番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日生															
住 所	〒 ー 愛媛県西予市 電話番号()ー()ー()															
利用者負担額 軽減申請理由				扶養の有無	有 ・ 無											
利用サービスの種類(予定)				社会福祉法人名												
		氏名	生年月日	年金の種類	預貯金額											
世帯構成	世帯主															
	世帯員															
西予市長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。 なお、軽減審査に伴い世帯全員の所得状況、課税状況等の調査に同意します。 年 月 日 住所 愛媛県西予市 申請者 氏名 電話番号 ()ー()ー()																

西予市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	負担限度額認定申請 有 ・ 無
適用年月日	世帯の年間収入(非課税年金含) 人世帯 円
年 月 日 から	預貯金 人世帯 円
有効期限	活用できる資産 有 ・ 無
年 月 日	親族等の扶養 有 ・ 無
まで	介護保険料の滞納 有 ・ 無
	生活保護受給 有 ・ 無