

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事業)

離島

フリガナ		個人番号			
被保険者		被保険者番号		000	
生年月日		年 月 日		性 別	
住 所		〒 電話番号			
利 用 サ ー ビ ス		1 介護福祉施設サービス (特別養護老人ホーム旧措置入所者への該当・非該当) 2 在宅サービス (訪問介護の経過措置への該当・非該当)			
利用者負担額 軽減申請理由					
		氏名		生年月日	
				性別	
				生計中心者に○	
世帯 構 成	世帯主				
	世帯員				
<p>宍粟市長 様</p> <p>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確認を申請します。 なお、私の世帯の所得状況等を公簿等により確認を受けることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被 保 険 者</p> <p>氏 名 電話番号</p>					
<p>※窓口に来られた方が被保険者本人の場合、下欄は記載不要です。</p> <p>住 所</p> <p>窓 口 に</p> <p>来られた方</p> <p>氏 名 電話番号</p>					
【市確認欄】					
届 出 人 本 人 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 () <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 (後期 ・ 国保 ・ 社保) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		被保険者 個人番号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	

課長	副課長	係長	係員	担当