

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                                                                         |     | 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<br>(特別養護老人ホーム旧措置入所者への該当・非該当)<br>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 |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
|                                                                              |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
|                                                                              |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 穴栗市長 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確認を申請します。<br>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。 |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                                                                        |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 住所                                                                           |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 被保険者                                                                         |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 氏 名 ⑤ 電話番号                                                                   |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| ※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。                                               |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 住所                                                                           |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 窓 口 に<br>来られた方                                                               |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |
| 氏 名 電話番号                                                                     |     |                                                                           |  |      |  |    |  |         |  |  |  |  |  |

【市確認欄】

|             |                                                 |                    |                                     |
|-------------|-------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| 届出人<br>本人確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 (                | 被保険者<br>個人番号<br>確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード    |
|             | <input type="checkbox"/> 個人番号カード                |                    | <input type="checkbox"/> 住民票        |
|             | <input type="checkbox"/> 健康保険証 ( 後期 ・ 国保 ・ 社保 ) |                    | <input type="checkbox"/> 住民基本台帳     |
|             | <input type="checkbox"/> 介護保険証                  |                    | <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 |
|             | <input type="checkbox"/> そ の 他 (                |                    | <input type="checkbox"/> その他 ( )    |

|    |     |    |    |    |
|----|-----|----|----|----|
| 課長 | 副課長 | 係長 | 係員 | 担当 |
|    |     |    |    |    |