

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 被保険者氏名				確 認 番 号	
				被保険者番号	
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日生		性 別	男 ・ 女
住 所		〒 電話番号			
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○を つけて下さい
世帯 構成	世 帯 主				
	世 帯 員				
芽室町長 あて 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。 また、当該申請に対する審査に関し、芽室町が行う申請者及び世帯員等の所得及び課税に関する調査に同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号					
芽室町記入欄					
交付年月日		備 考			
年 月 日		(生計中心者の所得状況等を把握)			
適用年月日					
年 月 日 から					
有効期限					
年 月 日 まで					

第2号様式

申 告 書

(円)

		申 請 者	世 帯 員		
氏 名					
収 入	公的年金の種類				
	年金収入額				
	給与収入額				
	事業収入額				
	その他収入				
預 貯 金	預貯金の額				
	有価証券等の額				
資 産	不動産				
	その他				

社会福祉法人等利用者負担軽減の対象者であることを証するために、申請者及び世帯員について、上記のとおり相違ないことを申告します。

年 月 日

芽室町長

あて

申請者住所

氏名

印

世帯員氏名

印

氏名

印

氏名

印

同意書

介護保険対象サービスの保険給付に係る利用者負担の減額及び介護保険料の減額に関する決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、貴町が官公署に調査を嘱託し、又は銀行、信託会社、私若しくは私の世帯員の雇主その他の関係人に報告を求めることと、私の関係する介護保険サービス事業者及び居宅介護支援事業者に報告を求めることに同意します。

平成 年 月 日

芽室町長 宮 西 義 憲 様

申請者	住所	
	氏名	印
世帯員	氏名	印
	氏名	印
	氏名	印
	氏名	印
	氏名	印