

第1号様式

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	メムロ タロウ	確認番号		
	芽室 太郎		被保険者番号	0000012345
生年月日	明・大・昭〇〇年〇月〇日生	性別	男	・女
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 芽室町〇条〇丁目〇番地〇 電話番号 〇〇-〇〇〇〇			
利用者負担額 軽減申請理由				
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に〇を つけて下さい
世帯構成	世帯主	芽室 太郎	昭和〇.〇.〇	男 ○
	世帯員	花子	昭和〇.〇.〇	女
				世帯員全員を記入してください

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。

〇〇年〇月〇日

申請者 住所 上記被保険者と同じ内容を
氏名 記入してください 印 電話番号 〇〇-〇〇〇〇

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	芽室 太郎	花子		
収入	公的年金の種類	年金支払通知等参照		
	年金収入額	年金支払通知等参照		
	給与収入額	給与支払報告書、源泉徴収票等参照		
	事業収入額	確定申告書等参照		
	その他収入	支払報告書等参照		
預貯金	預貯金の額	通帳等参照		
	有価証券等の額	証券等参照		
資産	不動産	所在地記入		
	その他	上記以外の資産を記入		

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。

〇〇年 〇月 〇日

芽室町長

あて

申請者住所

芽室町〇条〇丁目〇番地〇

氏名

芽室 太郎

印

世帯員氏名

芽室 花子

印

氏名

氏名

印

世帯員全員分

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ることに同意します。

平成〇〇年 〇月 〇日

芽室町長 宮 西 義 憲 様

被保険者

申請者 住所 芽室町〇条〇丁目〇番地〇

氏名 芽室 太郎

印

世帯員

氏名 芽室 花子

印

氏名

印

氏名

印

氏名

世帯員全員分

印

申請書とともに申請者、世帯員全員の通帳表紙と申請日現在の残高が
わかるページのコピーを持参してください。