

様式第5号(第7条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書(新規申請・更新申請)
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日		
住 所	〒 ー ー 電話番号 ー ー		
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		
<p>ひたちなか市長 殿</p> <p>下記について同意の上、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減の申請をします。</p> <p>1 市が、私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況その他のこの申請に係る決定に必要な事項を調査すること。</p> <p>2 市がこの決定結果について、居宅介護支援事業所又は入所している介護福祉施設に情報を提供すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 ー ー</p>			

市記入欄

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	

※ この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付すること。