

# 社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の減免措置)

フリガナ		保険者番号	<input type="text" value="  岐市"/>	<input type="text" value=" 4"/>	<input type="text" value=" 2"/>	<input type="text" value=" 2"/>	<input type="text" value=" 1"/>	<input type="text" value=" 0"/>	<input type="text" value=" 5"/>
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日		性別							
住所	〒 <input style="width: 100%;" type="text"/> 電話 ( <input style="width: 50%;" type="text"/> )								
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください					
世帯構成	世帯主	年 月 日							
	世帯員	年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
		年 月 日							
利用者負担額軽減対象申請事由	◎年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増える毎に50万円加算した額以下 ◎預貯金等が単身世帯で350万円、世帯員が1人増える毎に100万円加算した額以下 ◎日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと ◎負担能力のある親族等に扶養されていないこと ◎介護保険料を滞納していないこと								
岐市長様  上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の減免対象の申請をします。  年 月 日  申請者 住所  氏名 <span style="float: right;">電話 ( <input style="width: 50%;" type="text"/> )</span>									

※保険者記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の収入状況等)
適用年月日	(利用者負担額軽減率)
年 月 日 から	
有効期限	(結果) <input type="checkbox"/> 承認 ・ <input type="checkbox"/> 不承認
年 月 日 まで	

この申請書の他に、所定の世帯状況等調査書・同意書を添付すること