

社会福祉法人利用者負担額軽減対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度)

フリガナ			確認番号	
被保険者氏名			被保険者番号	
生 年 月 日				
住 所		〒 電話番号 安城市		
利用サービス		1 介護老人福祉施設（旧措置入所への該当 該当・非該当） 2 在宅サービス（訪問介護の支援措置への該当 該当・非該当）		
利用者負担額 軽減申請理由				
		氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけてください。
世帯 構成	世帯主			
	世帯員			
安城市長 上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 私は、利用者負担額の軽減審査のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認することに同意します。また、この申請結果を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、特別養護老人ホームに通知することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号				

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況を把握)
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	