

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軽減制度)

記入例

フリガナ 被保険者氏名	イワヰミ ハナコ 岩 泉 花子	確認番号			
生 年 月 日	明・大 昭 10年 1月 1日	被保険者番号	被保険者番号を記入		
住 所	〒 027-0501 岩泉町岩泉字惣畑59-5 電話番号 22-2111				
軽減を受けたいサービスの種類	ア介護福祉施設サービス イ地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ウ訪問介護 エ夜間対応型訪問介護 オ介護予防訪問介護 カ通所介護 キ認知症対応型通所介護 ク介護予防通所介護 ケ介護予防認知症対応型通所介護 コ短期入所生活介護 サ介護 予防短期入所生活介護				
利用者負担軽減申請理由	世帯の収入が少なく、生活が困難なため。				
	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	岩泉 太郎	昭和 8年 4月 1日	男・女	
	世帯員	岩泉 花子	昭和10年 1月 1日	男・女	
		岩泉 一郎	昭和38年12月31日	男・女	○
		岩泉 秋子	昭和43年 9月23日	男・女	
		岩泉 美雪	平成 3年 3月 3日	男・女	
			年 月 日	男・女	

岩泉町長 様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の申請します。

なお、利用者負担の軽減を受けるに当たり必要がある場合は、生計同一者を含む町民税課税情報、生活保護受給情報を提示し、又は閲覧させることに同意します。

平成 年 月 日

住所 **岩泉町岩泉字惣畑59-5**

申請者

氏名 **岩泉 花子**

電話番号 **22-2111**

※ 市町村記入欄

交付年月日	備 考
平成 年 月 日	※ 課税状況、老齢福祉年金受給状況、保護世帯でないこと等、軽減決定に必要な事項を確認して記載
適用年月日	
平成 年 月 日から	
有効期限	
平成 年 月 日まで	