

様式第1号

社会福祉法人等による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				被保険者番号															
被保険者氏名				個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女													
住 所	〒																		
	電話番号																		
利用サービス	1 特別養護老人ホーム(旧措置入所者への該当 該当 ・ 非該当) 2 在宅サービス(訪問介護の経過措置への該当 該当 ・ 非該当)																		
利用者負担額 減免申請理由																			
		氏 名			生年月日			性別			預貯金等の額								
世帯 構成	世帯主																		
	世帯員																		
<p>※ 預金通帳・株券・証券の写しを添付してください。</p> <p>北海道伊達市長 様</p> <p>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確認の申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>																			

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯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	