

様式第 1 号

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額の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名	-----	保険者番号		2	3	2	0	2	5
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
利用する サービス及び 事業所名称	【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設】 【訪問介護、通所介護、短期入所生活介護】 【地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（以上、介護予防含む。） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、看護小規模多機能居宅介護】 (事業所名) _____ 入所年月日 (_____ 年 月 日) 訪問介護の経過措置に (該当 ・ 非該当)								
減額申請事由	1 利用者負担段階第 _____ 段階であり、低所得で生計が困難である為 2 生活保護受給者								
(宛先) 岡 崎 市 長 上記のとおり社会福祉法人の利用者負担軽減対象確認を申請します。なお、私及び私の世帯員の所得の状況及び公的扶助の有無、扶養親族の有無等について調査することに同意します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____ 申請者 氏名 _____ 印 電話番号 _____									

岡崎市記入欄 (この欄は記入しないでください)

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)			確認者
適用年月日	年間収入	人世帯	万円以下	
年 月 日 から	預貯金の額	人世帯	万円以下	
	活用資産	有 ・ 無		
有効期限	親族等扶養	有 ・ 無		入力者
	保険料滞納	有 ・ 無		
年 月 日 まで	決 定	1/4 ・ 1/2・居住費のみ	100/100	
	却 下 理 由			