

別記様式第1号(第7条関係)

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の軽減制度)

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|----|-----------------|--------|--|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | | 保険者番号 | | 2 | 5 | 2 | 0 | 6 | 4 |
| 被保険者氏名 | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| | | | | | 個人番号 | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 利用サービス | 1 介護老人福祉施設 (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) | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| | 世帯員 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 草津市長 宛 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減の対象となることの確認を申請します。 なお、申請に際し、被保険者および被保険者と同一世帯の世帯主の住民税課税状況の調査を草津市長が行うことを承諾します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 | | | | | | | | | | | | |

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 日から | |
| 有効期限 | |
| 年 月 日まで | |