

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		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（旧借置入所者の該当 該当・非該当） 個室の種類（ユニット型個室・ユニット型準個室・従来型個室・多床室） 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）																	
利用者負担軽減 軽減申請理由																			
		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																		
	世帯員																		
御杖村長 様																			
上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請をします。																			
年 月 日																			
住所																			
申請者																			
氏名 ㊦ 電話番号																			

※ 御杖村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況等確認)
適用年月日	
年 月 日から	(介護保険料の収納状況確認)
有効期限	
年 月 日まで	