

様式第1号（第8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措置）

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																			
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																		
<p>大和高田市 長 殿</p> <p>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します。 また、この申請に基づき介護保険課から各担当課に世帯全員の市民税・県民税情報及び年金情報の閲覧・照会を行われることについては、何ら異議もなく同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</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	