

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請） 《記入例》

（社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書）

どちらかをマルで囲む

| | | | | | | | | |
|---|------------------------------|-------|-------------------|------------|----------|---------|-----|-------|
| フリガナ | イナ タロウ | | 202093 | | | | | |
| 被保険者氏名 | 伊那 太郎 | | 被保険者番号 0012345678 | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日 | | 介護保険被保険者証の番号 | | | | | |
| 住所 | 〒 396-0013 伊那市下新田3050番地 | | 電話番号 78-4111 | | | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | ① 生活に困窮している ② その他（具体的な理由） | | | | | | | |
| 1 家族の状況 | 氏名 | 生年月日 | 年間収入 | 預貯金額 | 資産の有無 | 扶養の有無 | | |
| 世帯構成 | 被保険者 | 本人 | 1,200,000円 | 1,000,000円 | 有・無 | 有・無 | | |
| | 世帯員 | 伊那 花子 | TO・O・O | 700,000円 | 500,000円 | 有・無 | 有・無 | |
| | | 同居家族 | ・ | 円 | 円 | | | |
| 2 近親者の状況 ※収入には遺族・障害年金等も含めて記入してください。 上記の「家族の状況」欄に記載をしなかった親、子、兄弟について記入してください。 | | | | | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 住所 | 職業 | 電話番号 | 仕送り | 仕送り金額 |
| | 伊那 一郎 | 長男 | 65 | 高遠町西高遠1806 | 会社員 | 94-3696 | 有・無 | 0円 |
| | 別居家族 | | | | | | | 円 |
| <p>（宛先）伊那市長</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申請をします。 利用者負担額軽減の決定のために必要があるときは、私（被保険者）及び世帯員に係る収入の情報、住民登録情報及びその他市が保有する情報について、市事務担当者が閲覧することに同意します。 また、当該申請に際しては、私（被保険者）の介護サービスを提供する事業者に対して、市が本申請書の</p> <p>申請日を記入</p> <p>○年 ○月 ○日</p> <p>住所 伊那市下新田3050番地</p> <p>申請者 (被保険者本人) 伊那 太郎</p> <p>電話番号 78-4111</p> | | | | | | | | |

太枠内は、必ず記入

申請日を記入

本人氏名

この申請の提出に当たっては、被保険者証（注）伊那市外に固定資産を所有しているの写しを添付してください。被保険者証の写しを添付してください。資産税課税台帳の写し、または固定資産税明細書の写しを添付してください。

市 記入欄

記入不要