

# 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度)

フリガナ				保険者番号	3	0	2	0	6	7
被保険者氏名				被保険者番号						
生年月日	大・昭・平	年	月	日生	性別	男・女				
住所	〒			電話番号						
利用者負担額 軽減申請理由										
世帯構成 ※生計中心者に○をつけて 下さい。	氏名	生年月日	性別	被保険者番号 個人番号						
世帯主		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女	/ / / / / / / / / /						
世帯員		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女	/ / / / / / / / / /						
		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女	/ / / / / / / / / /						
		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女	/ / / / / / / / / /						
		大・昭・平・令 年 月 日生	男・女	/ / / / / / / / / /						
田辺市長 宛										
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。 本申請の認定にあたり必要があるときには、各機関に必要な情報の照会を行なうことに同意します。										
令和 年 月 日										
住所										
申請者 氏名										
電話番号										

## 田辺市記入欄

交付年月日	備考				
年月日	承認・却下	確認事項			
適用年月日	(確認番号)	・市民税世帯非課税	該当	・非該当	
年月日 から	(減額割合)	・滞納介護保険料	有	・無	
		・高齢福祉年金受給者	該当	・非該当	
有効期限	1/2 ・ 1/4	・被保護者	該当	・非該当	
		・旧措置入所者	該当	・非該当	
年月日 まで		(実質的軽減者)	該当	・非該当	
		(ユニット型個室)	該当	・非該当	
		・その他			

※この申請により取得した個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に取り扱います。