

# 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		被保険者 番号																		
被保険者 氏名																				
生年月日	明・大・昭 年 月 日																			
住所	大津市 _____ 電話番号 ( ) _____																			
申請理由																				
<p>(あて先)</p> <p>大津市長</p> <p>社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象確認の申請を、別紙「収入等申告書」を添えて申請します。また、軽減対象確認のために必要な場合は、被保険者の収入の状況及びその他必要な事項について、公簿等の閲覧及び調査等を行うことに同意します。</p> <p>なお、「収入等申告書」の申告内容が事実と相違し、要件に当てはまらないことが判明した場合は、確認を取り消されても異議ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 _____ 電話番号 ( ) _____</p> <p>氏名 _____ 続柄( ) _____</p>																				
居宅介護支援事業所もしくは 介護保険施設名 (契約・入所している場合のみ)					事業所名 : _____ 電話番号 : _____ ( ) _____					ケアマネジャー氏名 (施設の場合は記入不要)										

※別紙「収入等申告書」及びその内容を証明する書類等を必ず添付してください。

大津市 記入欄 (以下の欄は記入不要です)

交付年月日	確認欄		受付印
年 月 日	市民税課税状況	課税 ・ 非課税	
適用年月日	老齢福祉年金	受給 ・ 受給無	
年 月 日から	保険料滞納	有 ・ 無	
有効期限	収入等要件	非該当 ・ 該当	
年 月 日まで	軽減割合	1/2 ・ 1/4 ・ 却下	