

**記入例** ※太枠の部分をご記入ください。

## 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		番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住所	大津市 電話番号 ( )		
申請理由	「収入が少なく、介護サービスの利用者負担が困難なため」等の理由をご記入ください。		
<p>大津市長様</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と、別紙「収入等申告書」を添えて申請します。</p> <p>「収入が事実と相違し、軽減対象と認められない」と認められた場合は、確認ありませ</p> <p style="text-align: center;">申請書の記入日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">審査後に送付する確認証等は、原則被保険者様の住民票の住所に送付します。 (別途「関連通知等送付先変更申請書」が提出されている場合を除きます)</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( )</p> <p style="text-align: right;">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)	
適	現在、在宅で介護サービスをお使いの方は契約している居宅介護支援事業所名を、施設に入所されている方と入所予定の施設が決まっている方はその施設名をご記入ください。	認 欄	担当のケアマネジャー氏名をご記入ください。施設の場合は、記入の必要はありません。
年 月 日から	保険料滞納	税 ・ 非課税	
有効期限	収入等要件	給 ・ 受給無	
年 月 日まで	軽減割合	有 ・ 無	
		非該当 ・ 該当	
		1/2 ・ 1/4 ・ 却下	