

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軽減措置)

フリガナ			保険者番号		4	7	2	1	3	4
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒		電話番号							
利用者負担額減免申請理由	1 住民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 2 生活が困窮しているため 3 その他()									
利用事業所名										
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい						
世帯構成	世帯主		男 ・ 女							
	世帯員		男 ・ 女							
			男 ・ 女							
			男 ・ 女							
<p>うるま市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の申請をします。</p> <p>また、その決定のために必要のある場合は、私を含む世帯員の住民登録情報、収入状況、住民税課税状況、介護保険料の支払い状況、保有する預貯金の残高、家屋等の資産保有状況、特定入所者介護（予防）サービス費の支給状況について、市が照会することに同意します。</p>										
※本人同意欄			氏名 ㊞							
申請者 郵便番号 : 〒 - 住 所 : 氏 名 : ㊞ 電話番号 :										

※申請者が本人以外の場合は、同意欄の記入が必要です。

市記入欄

交付年月日	備考				
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)				
適用年月日	1 非課税世帯				
年 月 日から	2 年間収入				
	3 預貯金等				
有効期限	4 資産所有				
年 月 日まで	5 親族等扶養				
	6 介護保険料				
			判定	承認 ・ 不承認	