

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措置)

記入例

フリガナ 被保険者氏名	フジ タロウ 富士 太郎	被保険者番号	確認番号
		0987654321	
生年月日	明・大・ <b>昭</b> 20年5月16日	性別	男
住所	〒417-8601 富士市永田町 1-100	該当するサービスの番号を丸で囲み、事業所名を記入してください。	
利用サービス (または利用予定)	サ 1 特別養護老人ホーム (地域密着型介護老人福祉施設を含む) ( ) 2 訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ( ) <b>3</b> 通所介護、(介護予防) 認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護 ( △△デイサービス ) 4 (介護予防) 短期入所生活介護 ( ) 5 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 ( ) 6 複合型サービス ( ) 7 第1号訪問事業、第1号通所事業 ( )		
軽減申請理由	① 特に生計が困難なため      2 その他 ( )		
(あて先) 富士市長 上記のとおり社会福祉法人等による利用 〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 富士市永田町 1-100 氏名 富士 太郎			
(あて先) 富士市長 上記申請にあたり、下記の世帯員に係 (氏名を自書しない場合は、記名押印すること。) 〇〇年〇〇月〇〇日			
	氏名	生年月日	続柄
世帯主	富士 太郎	S 20.5.16	本人
世帯員	富士 花子	S 20.6.15	妻
(あて先) 富士市長 私は、上記申請の結果について、私が利用する指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所(地域包括支援センター)及び軽減対象のサービス事業所に対して情報提供することに同意します。 〇〇年〇〇月〇〇日 本人氏名 富士 太郎 代筆者氏名 富士			

富士 交 適	情報提供の同意欄に署名がある場合、指定居宅介護支援事業所や利用しているサービス事業者などからの問い合わせがあった時に、市から申請結果を伝えさせていただきます。		
有効期限	年 月 日	預貯金	八世帯 円
判定者		活用できる資産	有 ・ 無
判定結果	該当 非該当	親族等の扶養	有 ・ 無
		介護保険料の滞納	有 ・ 無