

様式第2号(第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担額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			個 人 番 号	
生 年 月 日		年 月 日生		
住 所		〒 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由				
		氏 名	生年月日	個人番号
世帯 構成	本 人			
	世 帯 員			
射水市長				
別紙のとおり収入等申告書及び関係書類を添え、社会福祉法人等利用者負担額軽減を申請します。なお、所得状況等の調査を市が行うことに同意します。				
年 月 日				
住 所				
申請者 電話番号				
氏 名				

市記入欄

交付年月日	年 月 日	確認欄	決定欄
適用年月日	年 月 日 から	①利用者負担段階 □第1段階 □生活保護受給者 □老齢福祉年金受給者 □第2・3段階 □第4段階以上 ②預貯金等の状況 □該当 □非該当 ③資産の状況 □該当 □非該当 ④扶養の状況 □該当 □非該当 ⑤介護保険料滞納状況 □該当 □非該当	□該当しない □利用者負担額減額25% □利用者負担額減額50%
有効期限	年 月 日 まで		