

社会福祉法人等利用者負担額軽減確認申請書

フリガナ											被 保 険 者 番 号									
被保険者																				
生年月日	年 月 日生			性 別		男 ・ 女														
住 所											電 話 番 号									
利用サービス	1 訪問介護 2 通所介護 3 短期入所生活介護 4 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 5 夜間対応型訪問介護 6 地域密着型通所介護 7 認知症対応型通所介護 8 小規模多機能型居宅介護 9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 10 複合型サービス 11 介護福祉施設サービス 12 第1号訪問事業 13 第1号通所事業 14 介護予防短期入所生活介護 15 介護予防認知症対応型通所介護 16 介護予防小規模多機能型居宅介護																			
利用者負担軽減申請理由																				
			氏 名			生 年 月 日			性 別											
世帯構成	世帯主																			
	世帯員																			

鹿島市長 様

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担の軽減対象の確認を申請します。

なお、利用者負担額の軽減のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親類の有無等の資料確認することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

電話番号

市 記 入 欄

交付年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税 *世帯年間収入 () 円 ≤ () 円 = 単身世帯 150万円 + 50万円 × () 人 *預貯金等の額 () 円 ≤ () 円 = 単身世帯 350万円 + 100万円 × () 人 →有価証券(無・有)、債権(無・有) *負担能力のある親族等からの扶養 (無・有) *介護保険料の滞納 (無・有) *居住又は生計の維持のため以外に活用できる資産 (無・有) *生活保護の受給(無・有) *高齢福祉年金の受給 (無・有)				
適用年月日 年 月 日					
有効期限 年 月 日					
<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下					
受付印					
《備考》					
課長	課長補佐	係長	主査	係	担当