

社会福祉法人等利用者負担額減額対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の減免措置)

フリガナ				保険者番号				3	6	2	0	5	3
被保険者氏名				被保険者番号									
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
住所	〒 - 電話番号 () -												
利用者負担額減額申請理由													
社会福祉法人の名称													
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設サービス												
結果送付先	該当に <input checked="" type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 住所地以外 (下へ記入)) 〒 - 氏名												
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください									
世帯構成	世帯主	年 月 日		<input type="checkbox"/>									
	世帯員	年 月 日		<input type="checkbox"/>									
		年 月 日		<input type="checkbox"/>									
		年 月 日		<input type="checkbox"/>									
吉野川市長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の減免対象の申請をします。なお、認定にあたり介護保険担当課職員が世帯員の所得状況、市町民税課税状況等を税務担当課で調査することに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 連絡先氏名 電話番号 () -													

* 吉野川市記入欄

①	年間収入												
②	預貯金等												
③	資産状況												
④	扶養状況												
⑤	滞納状況												
交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日	～	年 月 日								
申請入力日	年 月 日	認定入力日	年 月 日	～	年 月 日								