

社会福祉法人等が提供する介護保険サービス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制度)

フリガナ 被保険者氏名			確認番号											
			被保険者番号											
			個人番号											
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 軽減申請理由														
	氏名	個人番号			性別	申請者との 続柄	生計中心者 に○印							
		生年月日												
世帯 構 成	世帯主													
		年 月 日												
	世帯員													
		年 月 日												
		年 月 日												

上記のとおり、関係書類及び申告書を添付のうえ、社会福祉法人等が提供する介護保険サービス利用者負担額の軽減対象の申請をします。

また、当該申請に対する審査に関し、清水町が行う申請者及び世帯員等の所得並びに課税等に関する調査に同意します。

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号

⑩

清水町長 様

市町村記入欄

交付年月日	軽減割合	世帯収入	
年 月 日			
適用年月日	町民税	預貯金・有価証券等	
年 月 日 から	申請者		
有効期限	世帯員	介護保険料の滞納	
年 月 日 まで			