別記様式第１号（第７条関係）

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制度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日生 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 利用サービス | １　特別養護老人ホーム（旧措置入所者への該当　　該当・非該当）２　その他　事業所名： |
| 利用者負担額減免申請理由 | 低所得者に該当 |
|  | 氏　　　　　名 | 生　年　月　日 | 性別 | 生計中心者に○をつけてください |
| 世 帯 構 成 | 世 帯 主 |  |  |  |  |
| 世 帯 員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 白糠町長　様上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を、申請します。年　　月　　日住　所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 同　　　　　意　　　　　書上記申請にあたり、白糠町長が私の世帯の「市町村民税課税台帳」を確認照合することに同意します。年　　月　　日申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　　　　　　　　　　　考 |
| 　　　　年　　月　　日 | （世帯の収入状況等を把握） |
| 適用年月日 |
| 　　　　年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 　　　　年　　月　　日まで |