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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

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 |