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）

記入例

長岡市長　様

次のとおり関係書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請をします。

申請者氏名 介護　保	本人との関係 子
申請者住所 長岡市幸町２丁目１番１号	連絡先　**（日中の連絡先　※携帯可）** ０２５８-××-〇〇〇〇

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名	ナガオカ　タロウ 長岡　太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
		個人番号	5 6 7 8 9 8 7 6 5 4 3 2
日	明・大・(昭)　5年　1月　1日生	性　別	男
所	〒　940−8501 長岡市大手通１丁目４番地１０		
利用者負担軽減申請理由	・　別紙「社会福祉法人等利用者負担軽減対象者の要件確認表」のとおり ・　生活保護受給者のため		

該当する箇所に〇印、記入してください。

		氏　　名	生年月日	性別
世帯構成	世帯主	長岡　太郎	明・大・昭	男・女
	世帯員	長岡　花子	明・大・昭	男・女
			明・大・昭　年　月　日	男・女
			明・大・昭　年　月　日	男・女

申請者及び申請者と同じ世帯の人を記入してください。

同　意　書

申請内容の審査にあたり、担当職員が私の世帯構成及び所得状況等を確認することに同意します。また、軽減の対象者として認定された場合、長岡市長が被保険者番号、被保険者名、住所及び軽減割合をサービス提供事業者に提供することに同意します。

〇〇年〇〇月〇〇日

本人（被保険者）

〒　940-8501

住所　長岡市大手通１丁目４番地１０

氏名　長岡　太郎　　電話番号　0258（　39　）2245

被保険者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

※「社会福祉法人等利用者負担軽減対象者の要件確認表」及び預貯金等の額がわかる書類を添付してください。

長岡市記入欄

下記のとおり決定します。

交付年月日 年　月　日	別紙「社会福祉法人等利用者負担軽減対象者の要件確認表」による確認	適・否
適用年月日 年　月　日から		階のため）
有効期限 年　月　日まで	2　非該当	1　市民税世帯課税のため 2　負担能力のある親族等に扶養されているため 3　その他 （　　）
	要介護状態	要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５）

長岡市が事務処理に使用する欄ですので、記入しないでください。