

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

フリガナ	ナガオカ タロウ		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
被保険者氏名	長岡 太郎		個人番号	5	6	7	8	9	8	7	6	5	4	3	2
生年月日	明・大 昭5年1月1日生		性別	男											
住所	〒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	<ul style="list-style-type: none"> 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 														
世帯構成	世帯主	長岡 太郎	明・大・昭	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
	世帯員	長岡 花子	明・大・昭	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
	世帯員		明・大・昭	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
	世帯員		明・大・昭	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
<p>長岡市長様</p> <p>上記のとおり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。</p> <p>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、住所及び減額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。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日 申請者</p> <p>〒 940-8501 住所 長岡市大手通1丁目4番地10 氏名 長岡 太郎 ⑨ 電話番号 (39) 2245</p>															

該当する箇所に○印、記入してください。

申請者及び申請者と同じ世帯の人を記入してください。

被保険者の住所、氏名、電話番号を記入して、必ず押印してください。

※「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

交付年月日	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
年月日	1 該当	1 1/2減額 (利用者負担段階が第1段階のため)
適用年月日		2 1/4減額
年月日		3 10/10減額 (生活保護受給者のため)
有効期	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。	
年月日	要介護状態 要支援 (1・2) ・要介護 (1・2・3・4・5)	

上記の申請について、このとおり決定してよろしいでしょうか

決	課長	課長補佐	係長	係	起案
裁					決裁