

**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)

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	本人との関係
申請者住所	連絡先

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生		
住所	〒		
利用している介護保険サービス及び事業所名称	・介護保険サービス： (事業所名称： ) ・介護保険サービス： (事業所名称： )		
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		
	氏名	生年月日	
世帯構成	世帯主	明治・大正・昭和 年 月 日生	
	世帯員	明治・大正・昭和 年 月 日生	
		明治・大正・昭和 年 月 日生	
		明治・大正・昭和 年 月 日生	
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。			
年 月 日 本人（被保険者） 〒 住所 氏名 電話番号 ( )			

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

