

第 1 号様式（第 6 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)

ふりがな				保険者番号											
被保険者氏名				被保険者番号											
生年月日															
住 所		〒 ー 電話番号 ()													
地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設の所在地及び名称		※施設入所の方のみ記入してください。													
		氏 名		生年月日		続柄		生計中心者(○をつける)							
世帯構成	世帯主														
	世帯員														
(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長 社会福祉法人等の利用者負担軽減対象の確認について、別紙の資産等申告書を添えて申請します。 なお、申請内容の確認のため、私と私の家族の市町村民税の課税状況、収入状況、生活保護受給の有無、不動産及び預貯金等の資産の状況並びに扶養の状況について、広域連合長が調査を行うことに同意します。 年 月 日 申 請 者 住 所 (〒 ー) 氏 名 電話番号 ()															

広域連合処理欄		収受印
申請状況	☐ 継続 ☐ 新規	
他制度適用	☐ なし ☐ 障害ヘルパ-軽減 ☐ 旧措置者軽減	
課税状況	☐ 課税(本人・家族) ☐ 非課税	
審査結果	☐ 却下 ☐ 確認 (軽減割合 利用料 %・居住費等 %)	
軽減認定証	☐ 作成済 ☐ 発送済 発送日(年 月 日)	
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
備 考		