

第2号様式(第6条関係)

(表面)

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書( 年度)

(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

フリガナ				保険者番号																	
被保険者氏名				被保険者番号																	
生年月日		年 月 日																			
住所		〒																			
利用者負担額 減額申請理由																					
		氏 名	生 年 月 日	性 別	生計中心者に を付けてください。																
世帯構成	世帯主																				
	世帯員																				
<p>逗子市長</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者) 住所 氏名 連絡先電話番号</p> <p style="text-align: right;">①</p>																					

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	

(裏面)

同 意 書

介護保険における社会福祉法人利用者負担額に係る軽減の決定に必要があるときは、私(被保険者)及び生計中心者の課税状況について、担当課に照会することに同意します。

年 月 日

被保険者氏名	Ⓔ
生計中心者氏名	Ⓔ
代筆者氏名	Ⓔ