

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担の軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		3	8	2	0	1	0
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒 電話番号								
利用者負担額 減額申請理由									

(あて先) 松山市長

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。

なお、申請に当たり必要な個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意いたします。また、介護サービス計画等を作成するために、特に必要があると認められるときは、認定結果を松山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

年 月 日

住所
申請者
氏名

電話番号

市記入欄

交付年月日	備 考	担当者
年 月 日		
適用年月日		入 力
年 月 日 か ら		
有効期限		受 付
年 月 日 ま で		