

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)

フリガナ	マツヤマ タロウ	保険者番号	3 8 2 0 1 0
被保険者氏名	松山 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生年月日	大正15年1月1日	性別	男・女
住所	〒790-8571 松山市二番町四丁目7番地2 電話番号 948-6924		
利用者負担額軽減申請理由	低所得で生計が困難なため。		

(宛先)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確認申請をします。
 なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、収入額、資産(預貯金・不動産等)及び扶養の有無等を担当職員が確認することに同意します。

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。

令和 2年 7月 1日

住所 松山市二番町四丁目7番地2
 申請者 氏名 松山 太郎

電話番号 948-6924

申請書の氏名欄は必ず自署も若しくは代筆記載をお願いします。(印字不可)

社会福祉法人等名称	●●●●●特別養護老人ホーム	担当者	電話番号
	△△	(089)	948 - 6924

市記入欄

交付年月日	備 考	担当
年 月 日	区 分	内 容
	(1) 市民税課税状況	課税・非課税
適用年月日	(2) 年金等年間収入額	円 入力
年 月 日から	(3) 預貯金額	円
	(4) 不動産等活用	有・無
有効期限	(5) 扶養関係	有・無 受付
年 月 日まで	(6) 保険料滞納	有・無
	(7) 老齢福祉年金の受給	有・無