

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		保険者番号	3 8 2 0 1 0
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		性別	男 ・ 女
住 所	〒 ー 電話番号 ー		
利用者負担額 軽減申請理由			

(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。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

電話番号

社会福祉法人等名称		担当者	電話番号 () ー
-----------	--	-----	-----------------------------

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