

**社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書**  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

様式1

フリガナ		保険者番号		0	1	4	6	1	3	
被保険者氏名		被保険者番号								
		個人番号								
		性別	男 ・ 女							
生年月日		性別	男 ・ 女							
住 所	〒 ー		電話番号	ー						
利用サービス	1 特別養護老人ホーム こぶし苑 (入所者 ・ ショートステイ) 2 町社会福祉協議会の通所介護									
利用者負担額 軽減申請理由										
	氏名	生年月日	性別	主たる生計維持者						
世帯構成	世帯主									
	世帯員									
<p>中富良野町長 様</p> <p>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を申請します。 また私の世帯の課税内容について、調査することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ー</p>										

町記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考
適用年月日	年 月 日	(世帯の所得状況等を記入)
有効期限	年 月 日	1. 市町村民税課税状況
	から	2. 年間収入状況
	まで	3. 利用者負担段階
		4. 扶養の有無 負担能力のある親族に扶養されて
		5. 預貯金額確認(別紙のとおり)
		6. 認定結果
		・課税世帯 ・非課税世帯
		円 第 段階
		・いる ・いない
		円
		・該当 ・非該当