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）
（令和３年８月～令和４年７月分）

受付印

フリガナ 被保険者氏名		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　（　　）　　－		
利用サービス	１　訪問介護　２　通所介護　３　短期入所生活介護　４　定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ５　夜間対応型訪問介護　６　地域密着型通所介護　７　認知症対応型通所介護　８　小規模多機能型居宅介護 ９　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　１０　複合型サービス　１１　介護福祉施設サービス １２　介護予防短期入所生活介護　１３　介護予防認知症対応型通所介護　１４　介護予防小規模多機能型居宅介護 １５　第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。） １６　第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業（自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。）		
利用者負担額軽減申請理由			

		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

（宛先）知多北部広域連合長

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を申請します。

なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市町村民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住所　　電話番号　（　　）　　－

申請者
（被保険者本人）　氏名

保険者記入欄

交付年月日	備考
年　月　日	●令和　　年度市町村民税課税状況　　課税　・　非課税 （減免後の世帯の課税状況）
適用年月日	●被保険者の老齢福祉年金の受給　　有　・　無
年　月　日から	●生活保護の受給世帯 該当　・　非該当　開始日　年　月　日　廃止日　年　月　日 停止日　年　月　日
有効期限	
年　月　日まで	●負担限度額認定　　承認（第　　段階）　・　申請なし　・　不承認

係長	係		課長		受付者