

様式第1号(第6条関係)

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措置)

フリガナ	イカタ タロウ		確認番号		
被保険者氏名	伊方 太郎		被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
生年月日	昭和〇年〇月〇日				
住所	〒796-0301 伊方町湊浦1993番地1		電話番号	0894-38-2652	
利用者負担額軽減理由	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため。				
軽減対象サービス	<input checked="" type="radio"/>	1 介護福祉施設サービス		8 認知症対応型通所介護(介護予防)	
		2 訪問介護		9 小規模多機能型居宅介護(介護予防)	
		3 通所介護		10 地域密着型介護老人福祉施設	
		4 短期入所生活介護(介護予防)		11 複合型サービス	
		5 期巡回・随時対応型訪問介護看護		12 第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業	
		6 夜間対応型訪問介護		13 第1号通所事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業	
		7 地域密着型通所介護			
税法上の扶養関係の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		※有りの場合、申請者を扶養するものの氏名		
	氏名	生年月日	生計中心者に〇をつけてください		
世帯構成	世帯主	伊方 太郎	昭和〇年〇月〇日	〇	
	世帯員	伊方 花子	昭和〇年〇月〇日		
伊方町長 様					
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。					
令和 〇 年 〇 月 〇 日					
申請者 住所 伊方町湊浦1993番地1 氏名 伊方 太郎 伊方					
※市町村記入欄					
交付年月日	備考				
年月日					
適用年月日					
年月日から					
有効期限					
年月日まで					