

伊方町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 | | 確認番号 | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | |
| 生年月日 | | 性別 男 ・ 女 | | | |
| 住所 | | 〒 電話番号 | | | |
| 利用者負担額軽減理由 | | | | | |
| 軽減対象サービス | 1. 特別養護老人ホーム | | 5. 夜間対応型訪問介護 | | |
| | 2. 訪問介護(介護予防) | | 6. 認知症対応型通所介護(介護予防) | | |
| | 3. 通所介護(介護予防) | | 7. 小規模多機能型居宅介護(介護予防) | | |
| | 4. 短期入所生活介護(介護予防) | | 8. 地域密着型介護老人福祉施設 | | |
| 税法上の扶養関係の有無 | | 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 | 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 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 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 年 月 日 | | | | | |
| 申請者 住所 | | | | | |
| 氏名 (印) | | | | | |
| ※市町村記入欄 | | | | | |
| 交付年月日 | | 備考 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 適用年月日 | | | | | |
| 令和 年 月 日から | | | | | |
| 有効期限 | | | | | |
| 令和 年 月 日まで | | | | | |