

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生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名				確 認 番 号		
				被保険者番号		
				個 人 番 号		
生年月日				性 別		
住 所		〒 電話番号				
申請をする理由						
世帯構成		氏 名	生年月日	性 別	生計中心者に○をつけてください。	
		世帯主				
		世帯員				
宜野湾市長 殿 上記のとおり社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減の対象確認の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号						

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	【添付書類】 ☐ 資産等申告書 ☐ 同意書 ☐ 預貯金通帳コピー ☐ 年金額決定通知書等 ☐ 資産評価証明書 ☐ 無資産証明書 ☐ 健康保険証の写し ☐ その他 ()
適用年月日	【認定証交付方法】 ☐ 窓口 ☐ 郵送（施設・自宅） ☐ その他 ()
年 月 日 から	【利用者負担段階及び保険料納付状況】 《第 段階》 ☐ 滞納無 ☐ 滞納有() ☐ 激変緩和措置対象者
有効期限	【減額割合】 ☐ 利用者負担額 25%食事・居住費 25%減額 ☐ 利用者負担額 50%食事・居住費 50%減額 ☐ 不承認 ()
年 月 日 まで	