

社会福祉法人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制度)

フリガナ		要介護度	保 険 者 番 号	0	1	2	0	2	1
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒 電話番号 -								
申請手続き	本人 ・ 家族 ・ 施設 () ・ 事業所 ()								
利用予定サービス									

配偶者の有無	有 ・ 無 ※内縁・事実婚の場合は「有」としてください。								
配偶者の住所	〒 電話 - -								
配偶者の氏名	印	生年月日	明・大・昭 年 月 日						
配偶者の課税状況	市民税 課税 ・ 非課税								

		氏 名	生年月日	続 柄	職 業	備 考		
世帯構成	世帯主		明・大・昭 . .					
	世帯員		明・大・昭 . .					
受給している年金等		年金・恩給・公務扶助料・児童扶養手当・児童手当・その他 ()						

函 館 市 長 様

上記のとおり社会福祉法人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、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と配偶者および私の属する世帯全員の所得状況について調査されることに同意します。

年 月 日

〒

住 所 電話番号 -

申 請 者

(被保険者) 氏 名 印

函館市記入欄

判 定 要 件	
生活保護法による被保護者	該当 ・ 非該当
市民税課税状況：世帯	該当 ・ 非該当
利用者負担段階	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階
老齢福祉年金受給有無	あり ・ なし
対象収入基準	該当 ・ 非該当
旧措置者利用者負担給付率	該当 (90/100) ・ 非該当 (95/100, 97/100, 100/100)
決 定 区 分	減 額 対 象 (/ 1 0 0) ・ 減 額 対 象 外
有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
確認証交付年月日	年 月 日 未交付 (理由：)
備 考	