様式第１号その１（第８条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人による利用者負担の軽減制度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）被保険者氏名 |  | 確認番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 |  | 性別 | 男・女 |
| 住　　　　　所 | 電話番号　 |
| 利用サービス | １　特別養護老人ホーム　（旧措置入所者の該当　該当　・　非該当）２　在宅サービス　（訪問介護の経過措置への該当　該当　・　非該当） |
| 軽減申請理由 |  |
|  | 氏　　　　　　名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○印 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |
| 　淡路市長　　　　　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確認を申請します。※なお、申請にあたり私及び世帯の税情報等について調査されることを承諾します　　　　令和　　年　　　月　　　日申請者　住　所　氏　名　　　電話番号 |

　（注）

　　１　この申請は、介護認定を受けた方で老齢福祉年金受給者又は世帯全員が市町村民税非課税の方が対象となります。

　　２　この申請のほか、収入申告書、資産等申告書及び収入を証する書類を添付してください。

　　３　この申請の有効期限は、申請のあった日から７月３１日までとします。８月から利用する場合は、改めて申請手続が必要となります。

　　４　不承認となった方で、収入状況等で減額等の変更のあった方は、改めて申請願います。

保険者確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　上記申請について承認・不承認してよろしいか。年　　月　　日 | ・未　納　保　険　料　□有　□無・不正利得　□有　□無・生活保護受給者　□該　□非・旧措置者　□該　□非・収　入　申　告　書　□適　□不・資産等申告書　□適　□不・サービス確認書　□有　□無 | 交付予定年月日 |
| 年　月　日 |
| 適用年月日 |
| 年　月　日から |
| 課長 | 係長 | 確認者 |
| 有効期限 |
|  |  |  |
|  |  |  | 年　月　日まで |