

様式第2号（第7条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）
（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	※市記入	
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女		
住 所	〒		電話番号			
申し込みの理由	1 デイサービス 2 ホームヘルプサービス 3 ショートステイ 4 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ※該当するところに○をしてください。					
	氏 名	生年月日	性別	※市記入 課税状況		
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
扶養義務者	※あなたを税法、健康保険又は給与の扶養手当支給の扶養親族としている親族がいる場合に記入してください。					
扶養の区分	氏 名	続柄	住 所	電話番号	※市記入 課税状況	
<p>（宛先）千曲市長</p> <p>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を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号 ー</p> <p>氏 名</p>						

この申請書の提出にあたっては、申請者及びその属する世帯全員の収入を証明する書類（年金支払通知・確定申告書等）の写し、預金通帳の写しを添付してください。

千曲市処理欄

決定年月日	適用年月日	有効期限
年 月 日	年 月 日	年 月 日

上記申請について認定してよろしいか伺います。

受 付

主 務	担 当	係 長	課長補佐	課 長	起 案	決 裁

（裏面へ）

(裏面)

同 意 書

千曲市社会福祉法人等による利用者負担軽減の対象審査のため必要があるときは、私及び私の世帯員並びに私の扶養義務者の課税資料、戸籍を閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 千曲市長

申 込 者
(被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

世 帯 員

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

扶養義務者

住 所 _____

氏 名 _____ 印