

社会福祉法人等利用者負担額減免対象確認申請書

フリガナ			保険者 番 号						
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				
利用サービス		1 特別養護老人ホーム (旧借置入所者への該当 該当・非該当) 2 在宅サービス (訪問介護の経過借置への該当 該当・非該当)							
利用者負担額 減免申請理由									
		氏 名	生年月日	性 別	生計中心者に チェック				
世 帯 構 成	世 帯 主								
	世 帯 員								
<p>長沼町長 様</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減免対象の確認を申請します。 また、減額の決定に必要な私及び私の世帯員の市町村民税、所得税の課税状況並びに生活保護受給状況について、関係当局等に報告を求めることに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名 印 電話番号</p>									