

様式第1（第6条関係）

社会福祉法人等利用者負担額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		確認 番号											
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 -												
利 用 サ ー ビ ス	1 特別養護老人ホーム（旧措置入所者への該当 該当 ・ 非該当）												
	2 在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当 該当 ・ 非該当）												
	サービスを利用しようとする（した）日			年	月	日							
利用者負 担軽減申 請の理由													

世 帯 構 成	区 分	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に をつけてください。
	世帯主			
	世帯員			

知立市長 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。

年 月 日

住 所

申請者 氏 名

続 柄 電話 ( ) -

同 意

私は、知立市長が受給資格の確認のために、関係者の収入及び課税等に関する公簿の閲覧及び調査することについて同意します。

氏名 印