

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号																
			個人番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性	別	男・女												
住 所	〒 小国町大字													電話番号					
利用者負担 軽減申請理由																			

標記の申出に係る確認のため、小国町の担当職員が、下記の者に係る町民税課税資料を閲覧することに同意します。

年 月 日

		氏 名	課税資料 閲覧同意	生年月日	性 別	生計中心者 に「○」印
世帯 構成	世帯主		印	明・大・昭 年 月 日生	男・女	
	世帯員		印	明・大・昭 年 月 日生	男・女	
			印	明・大・昭 年 月 日生	男・女	
			印	明・大・昭 年 月 日生	男・女	

小 国 町 長 殿

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。

年 月 日

住所 小国町大字

申請者

電話番号

氏名

(※) 氏名を自署してください。

本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

小国町記入欄

確定証交付年月日	備 考
年 月 日	該当するサービス 特別養護老人ホーム 短期入所生活介護 通所介護 訪問介護 第1号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当するサービス 第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当するサービス
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 から	