

記載例

介護保険サービスをご利用されている方の氏名をお書き下さい。

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

介護保険者証に記載されている番号をお書き下さい。

フリガナ	<u>エベツ タロウ</u>	確認番号	この欄は記載不要です
被保険者氏名	<u>江別 太郎</u>	被保険者番号	<u>0 0 0 0 0 0 1 2 3 4</u>
生年月日	<u>昭和 5 年 5 月 5 日</u>	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
住所	〒 <u>067-8674</u> <u>江別市高砂町6番地</u>	電話番号	<u>381-1067</u>
	結果送付先(上記と同じ場合は記入不要) 〒 <u>069-0854</u> <u>江別市大麻中町26番地の4</u>	電話番号/送付先氏名	<u>382-4855 江別 大介</u>
利用予定サービス	<ul style="list-style-type: none"> 1 訪問介護 2 通所介護 3 短期入所生活介護 4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5 夜間対応型訪問介護 6 地域密着型通所介護 7 認知症対応型通所介護 8 小規模多機能型居宅介護 9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> 10 看護小規模多機能型居宅介護 11 介護福祉施設サービス <input checked="" type="radio"/> 12 介護予防短期入所生活介護 13 介護予防認知症対応型通所介護 14 介護予防小規模多機能型居宅介護 15 第一号訪問事業 16 第一号通所事業 	現在ご利用中、または利用予定のサービスに○をつけてください。
利用者負担額軽減申請理由	<u>例) 収入が少ないため。</u>	申請理由をお書きください。	
<p>(あて先) 江別市長 三 好 昇</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を関係書類を添えて申請します。 また、この申請に関して江別市が必要とするときは、私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。</p> <p><u>令和 〇 年 〇 月 〇 日</u></p> <p>提出日をお書きください。</p> <p>住所 〒 <u>067-8674 江別市高砂町6番地</u></p> <p>申請者 氏名 <u>江別 太郎</u></p> <p>電話番号 <u>381-1067</u></p> <p>被保険者本人の氏名等をお書き下さい。</p>			

市記入欄

備考

(世帯の所得状況等を把握)