別記様式第２号（第５条第１項関係）

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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | 個 人 番 号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  軽減申請理由 | 生活保護受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 弟子屈町長　　　　　　　　　様  上記の内容を弟子屈町長が調査することに同意の上、被保険者の弟子屈町の介護保険の被保険者証の写しを添付し、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認を申請します。  年　　月　　日  被保険者　氏　　名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |