

様式第2号(第6条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減確認申請書  
(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		保険者番号		4 7 2 1 0 0	
		被保険者番号			
生年月日		明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女	
住 所		〒			
申請をする理由					
		氏名	生年月日	性別	備考
世帯 構 成 員	世帯員		・	・	
			・	・	
			・	・	
<p>糸満市長 殿</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減の対象確認の申請をします。</p> <p>また、本申請に必要なときは、私及び世帯員の収入の状況、年金の支給状況その他所得状況等を市が調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>(本人) 氏名 _____ 印 電話番号 _____</p> <p>代理人 住所</p> <p>氏名 _____ 印 電話番号 _____</p>					

糸満市記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(世帯全員の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	