

社会福祉法人等介護保険利用者負担減免確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の減免措置)

フリガナ			保険者番号		3	9	3	4	1	3
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日		明・大・昭	年	月	日	性別		男・女		
住所		〒 電話番号 — —								
利用者負担額 減額申請理由										
		氏名	生年月日	性別	年間収入額	生活中心者に○を記入				
世帯構成	世帯主		. .	男・女	円					
	世帯員		. .	男・女	円					
			. .	男・女	円					
			. .	男・女	円					
			. .	男・女	円					
本山町長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の減免対象の申請をします。 なお、私（世帯員）の市町村民税課税状況・所得額等の調査については、課税担当課が保管している課税台帳等により減免担当課長が行うことに同意します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊟ 電話番号 — —										

----- 町 記 入 欄 -----

主管課長	課長補佐	班 長	担 当	令和 年 月 日
上記の申請に対し、下記のとおり決定します。				
所得分布の状況等			交付年月日	平成 年 月 日
1 被保護者で		ある・ない	適用年月日	平成 年 月 日から
2 世帯の市町村民税		課税・非課税	有効期限	平成 年 月 日まで
3 その他の要件		該当・非該当	決定内容	決定（ 1/4 1/2 ）
非該当の理由（ ）				否決 （ ）