様式第１号（その２）（第６条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書　－生活保護受給者・支援給付受給者用－
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

フ　リ　ガ　ナ		確　認　番　号		
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			
利用サービス	1　短期入所生活介護　　2　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 3　介護福祉施設サービス　　4　介護予防短期入所生活介護			

		氏　　名	生　　年　　月　　日	性　別	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主		年　　月　　日	男　・　女	
	世帯員		年　　月　　日	男　・　女	
			年　　月　　日	男　・　女	
			年　　月　　日	男　・　女	

あま市長　様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。

なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市町村民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認することに同意します。

年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号

氏名

市記入欄

交　　付　　年　　月　　日	備　　考
年　　月　　日	
適　　用　　年　　月　　日	
年　　月　　日から	
年　　月　　日まで	