

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）  
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

フリガナ		被保険者番号		
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住 所	〒			
利用者負担額軽減申請理由	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、生計が困難であるため <input type="checkbox"/> 生活保護を受給しているため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
利用中(予定)のサービス	<input type="checkbox"/> 介護福祉施設 （施設名： ） 利用開始日：昭・平・令 年 月から <input type="checkbox"/> その他（ ） 昭・平・令 年 月から			
介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 申請済（認定済）又は今回同時申請 <input type="checkbox"/> 未申請→介護福祉施設の食費と居住費の軽減に介護保険負担限度額認定証が必要です。			
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> あり 同居・別居（別居の住所： ） <input type="checkbox"/> なし			
世帯構成 (別居の配偶者を含む)	氏 名	生年月日	続柄	生計中心者に○
	本 人		本人	
			配偶者	
<p>(あて先) 前橋市長            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申請をします。            私が助成対象者として該当するか判断するために必要な私、私の扶養者、私が属する世帯員及び生計を一にする者全員の情報（収入状況・市民税課税状況など必要な情報）について、介護保険課において、市関係各課、関係機関に対し照会することに同意します。</p> <p>申請者（被保険者本人）            令和 年 月 日            住 所            氏 名 電話番号</p>				

※書類提出者（記入者）が本人と異なる場合には、下記に氏名及び連絡先を記載してください。

申請代理人 (書類提出・記入者)	住 所：	
	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	
	フリガナ：	
	氏 名：	続柄：（ ）
	電話番号：	

市記入欄（記入不要）

判定結果		判定項目	世帯
交付年月日	年 月 日		①
適用年月日	年 月 日		②
有効期限	年 月 日		③
			④
			⑤