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）

確認番号	＊呉市記入

申請代行者 （本人が申請する場合は記入不要）	氏名	連絡先　（自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯電話）
	住所　〒　　□　被保険者住所に同じ	被保険者との関係

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	3 4 2 0 2 2
		被保険者番号	
生年月日	大 ・ 昭　　年　　月　　日		
住　所	〒 電話番号		
利用者負担額減免申請理由			

		氏　　名	生年月日	性別	備　考
世帯構成	世帯主		明 大 昭　年　月　日		
	世帯員		明 大 昭　年　月　日		
			明 大 昭　年　月　日		
			明 大 昭　年　月　日		

呉市長　殿

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確認の申請をします。
なお，私及び私の属する世帯員の収入状況，市民税及び固定資産税の課税状況を課税台帳により調査・確認され，また，老齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査・確認されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者（被保険者）　住所

氏名　　電話番号

呉市記入欄

要介護認定				受付印
支介	□ 市民税世帯課税の有無	無	有	
	□ 生活保護受給の有無	有	無	
	□ 老齢福祉年金受給の有無	有	無	
給付率	□ 世帯の収入等の状況			
／ 100	□ 世帯の前年中（又は前々年中）の収入合計基準額	以下	超	
適用年月日	□ 世帯の預貯金等の合計基準額	以下	超	
年　月　日～	□ 活用できる資産の有無	無	有	
年　月　日	□ 他の世帯に属する市町村民税課税者からの扶養	無	有	
交付年月日	□ 介護保険料滞納の有無	無	有	市民センター受付日 （　　／　　）
年　月　日				

□ 承認　□ 却下	受付	介護保険課 ・ （　　）市民センター	受付者（　　）