

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事業)

フリガナ		確認番号	(市で記入)	
被保険者名		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 _____ 電話( _____ )			
利用(予定)サービス	1 居宅サービス 2 施設サービス(施設名: _____ )			
軽減申請理由	1 生計が困難なため 2 その他( _____ )			
三島市長 あて 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。 また、申請にあたり、下記世帯員に係る課税台帳を市が閲覧すること、及び、申請結果について、本人が利用する居宅介護支援事業所等に情報提供することに同意します。  年 月 日 住 所 申請者 _____ 電話( _____ ) 氏 名 _____ (印)				
	氏 名	続柄	生年月日	性別
世帯主	_____ (印)		. .	男 ・ 女
世帯員	_____ (印)		. .	男 ・ 女
	_____ (印)		. .	男 ・ 女
	_____ (印)		. .	男 ・ 女
※被保険者本人についても記入してください。				

三島市記入欄

交付年月日	・世帯市町村民税課税の有無	有 ・ 無
年 月 日	・生活保護受給の有無	有 ・ 無
	・老齢福祉年金受給の有無	有 ・ 無
適用年月日	・世帯の収入額合計	( _____ )円
年 月 日	・世帯の預貯金額合計	( _____ )円
	・活用できる資産の有無	有 ・ 無
有効期限	・扶養親族等の有無	有 ・ 無
年 月 日	・介護保険料滞納の有無	有 ・ 無
	・判定結果 (該 当 ・ 非 該 当)	減額割合 ( 2 ・ 4 分の 1 )