

様式第2号(第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ				確認番号	(市記入欄)
被保険者氏名				被保険者番号	
生年月日		明・大・昭 年 月 日			
住 所		〒 ー 電話番号 ()			
利用者負担軽減申請理由					
		氏 名	続柄	生年月日	生計中心者に○印を付けてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
石岡市長 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確認の申請をします。 また、対象基準判断のため、私及び世帯員の収入、課税状況等について調査することに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号 ()					
意見欄 社会福祉法人等名称 印					

市記入欄

備考		
交付年月日	令和 年 月 日	
適用年月日	令和 年 月 日から	
有効期限	令和 年 月 日まで	

<送付先> () 本人住所 () 入所施設・居宅介護支援事業所	
<預貯金等の世帯合計額(※)> _____ 円	
(※)本人及び世帯全員の預貯金合計額を必ず記載して下さい。	