

記入例

様式第3号

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措置)

※太枠内を記入してください。ただし、確認番号欄は記入しないでください。

フリガナ 被保険者氏名	イイツカ タロウ 飯塚 太郎	確認番号 (市記入欄)	※市が記入(空欄)		
生年月日	S××年 ×月 ×日	被保険者番号	* * * * * * * * * *		
減免申請事由	“低所得のため生活が苦しい”等理由を記入して下さい				
現在、サービスを利用している社会福祉法人名及び利用しているサービスの種類	社会福祉法人名	社会福祉法人 ○○会			
	サービスの種類	1 訪問介護 2 介護予防訪問介護 3 夜間対応型訪問介護 4 通所介護 5 介護予防通所介護 6 認知症対応型通所介護 7 介護予防認知症対応型通所介護 8 小規模多機能型居宅介護 9 介護予防小規模多機能型居宅介護 10 短期入所生活介護 11 介護予防短期入所生活介護 12 介護老人福祉施設 13 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
項目	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	飯塚 太郎	S××年×月×日	男・女	
	世帯員	飯塚 花子	S×年××月×日	男・女	
		飯塚 花江	S△年××月×日	男・女	○
			年 月 日	男・女	
(宛先) 飯塚市長 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を申請します。 なお、必要があるときは、世帯の所得状況について、地方税法に基づく課税台帳により、確認されることを承諾します。 R×年 ×月 ×日 住所 飯塚市新立岩5番5号 申請者 氏名 飯塚 太郎 電話番号 0948-22-5500					

本人について、氏名等
の他、サービスの利用
状況等について記載し
てください。

世帯構成員全員の
・氏名
・生年月日
・性別
を記入し、生計中心者
を選択してください。

申請者について記載し
てください。

 ※本人以外が手続き
を行う場合は、委任状
を添付してください。委
任状における「受任
者」が申請者となりま
す。

飯塚市記入欄

資 格 確 認					
要介護認定	未 要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)			
生活保護受給状況	未受給・受給	活用資産の有無	有・無	受付印	
世帯住民税課税状況	非課税・課税	被扶養の有無	有・無		
収入状況	基準以下・基準超過	保険料の滞納有無	有・無		
		収入基準額	円		確認結果
		申告額	円	軽減割合	25%・50%・100%
預貯金状況	基準以下・基準超過	交付年月日			
		預貯金基準額	円	適用年月日	から
		申告額	円	有効期限	まで