

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)

フリガナ			確認番号								
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別	男 ・ 女					
住 所	〒 -										
利用者負担額 減免申請理由											
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										
	世 帯 員										
<p>外ヶ浜町長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減額の減免の申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>											

町記入欄

交付年月日	備考
R 年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
R 年 月 日 から	
有効期限	
R 年 月 日 まで	

# 同意書

外ヶ浜町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所 \_\_\_\_\_

氏名

<配偶者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名