

第3号様式(第6条関係)

社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減適用申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

申請者 住所
氏名
電話

社会福祉法人による利用者負担額の軽減適用を受けたいので、匝瑳市社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減事業実施規則第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

| | | | |
|-------|--|--------------------|-----|
| ふりがな | | 被保険者番号 (被保険者のみ) | |
| 対象者氏名 | | | |
| 生年月日 | | 性別 | 男・女 |
| 住所 | | 電話 | |

| | | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者 (該当者に○) |
|------|-----|----|------|-----|------------------|
| 世帯構成 | 世帯主 | | | 男・女 | |
| | 世帯員 | | | 男・女 | |
| | | | | 男・女 | |

備考

この申請書には、収入等申告書及び同意書を添付してください。