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 |  |
|  |  | 男・女 |  |
|  |  | 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。