


様式第2号(第6条関係)

社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認申請書

フリガナ				個人番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
				生年月日	M・T・S 年 月 日
				性別	男・女
住所		〒			
		電話番号			
		氏名	続柄	生年月日	性別
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
世帯の年間収入(非課税収入や仕送りも含む。)				円	
預貯金、有価証券等の総額(通帳の写し等を添付)				円	
居住用の土地及び家屋その他日常生活に必要な資産以外の資産の所有状況(該当するものに○)				所有している・所有していない	
扶養状況(該当するものに○)				扶養されている・扶養されていない	
介護保険料の納付状況				滞納あり・滞納なし	
<p>那珂市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認申請をします。          また、利用者負担額の軽減のために必要がある場合は、私の世帯員及び扶養者の市町村民税に関する課税状況等について、調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名  電話番号</p>					

市記入欄

認定	交付年月日	年 月 日		
	適用期間:	年 月 日～ 年 月 日		
却下	却下理由:			
備考				
決裁	課長	課長補佐	グループ長	グループ員