

記入例

様式第2号(第6条関係)

介護サービスを利用するかたの氏名、フリガナ、生年月日、郵便番号、住所、電話番号を記入し、性別に○をつけてください。

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	ナカ タロウ		個人番号	000012345678				
被保険者氏名	那珂太郎		被保険者番号					
			生年月日					
			性別	男				
住所	〒311-0192 那珂市福田1819番地5		電話番号	029-298-1111				
世帯構成	世帯主	那珂太郎	続柄	本人	生年月日	昭和元年1月1日	性別	男性・女性・()・回答しない
	世帯員						男性・女性・()・回答しない	
世帯の年間収入(非課税収入や任送りも含む。)				1,500,000 円				
預貯金、有価証券等の総額(通帳の写し等を添付)				3,500,000 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		<input checked="" type="radio"/> 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		<input checked="" type="radio"/> 扶養されていない				
介護保険料の納付状況		滞納あり		<input checked="" type="radio"/> 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 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>令和3年 7月10日</p> <p>申請者 住所 那珂市福田1819番地5 氏名 那珂太郎</p>								
				電話番号 029-298-1111				

個人番号はマイナンバーカードまたは通知カードをご覧ください。
被保険者番号は、介護保険被保険者証をご覧ください。

同じ世帯のかたの氏名、続柄、生年月日を記入し、性別に○をつけてください。

金額を記入し、該当するものに○をつけてください。

申請する日、申請するかたの住所、氏名、電話番号を記入し、印鑑を押してください。

市記入欄

**ここは何も記入
しないでください。**