

〔記入例〕

様式第2号(第6条関係)

社会福祉法による利用者負担の軽減対象確認申請書

介護サービスを利用するかたの氏名・フリガナ・性別・郵便番号・住所・電話番号を記入してください。

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	0000001234
		生年月日	M・T・S元 年 月 日
		住所	〒311-0192 那珂市福田1819番地5
氏名	那珂太郎	続柄	本人
世帯主	那珂太郎	生年月日	M・T・S 元年 1月 1日
世帯員		性別	男
世帯の年間 預貯金、有 居住用の土 資産以外の	世帯の年間 預貯金、有 居住用の土 資産以外の	世帯の年間 預貯金、有 居住用の土 資産以外の	世帯の年間 預貯金、有 居住用の土 資産以外の
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を受けたい。また、利用者負担額の軽減のために必要が 民税に関する課税状況等について、調査すること。</p> <p>平成29年 8月 1日</p> <p>申請者 住所 那珂市福田1819番地5 氏名 那珂太郎</p> <p>電話番号 029-298-1111</p>			

個人番号は個人番号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や軽減確認証をご覧ください。

同じ世帯のかたの氏名・続柄・生年月日・性別を記入してください。

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

認定	交付年月日	年	月	日
却	<p>ここは何も記入しないでください。</p>			
備				
決				