

様式第 1 号 (第 7 条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書

申請事業区分	1 生計困難者に対する利用者負担額の軽減制度 2 特別地域訪問介護加算に係る利用者負担額の軽減制度 3 その他 ()																				
フリガナ											確認番号										
被保険者氏名											介護保険被保険者番号										
生年月日	年 月 日																				
住 所	〒										電話番号										
利用者負担額 減免申請理由																					
利用サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・通所介護 ・短期入所生活介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・複合型サービス ・介護福祉施設サービス ・介護予防訪問介護 ・介護予防通所介護 ・介護予防短期入所生活介護 ・介護予防認知症対応型通所介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・地域密着型通所介護 																				
香美町長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象の確認を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号																					

町記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(世帯の所得状況等を記入)			
適用年月日	人世帯		(却下理由)	
年 月 日から	・課税状況 本人非課税	世帯非課税	・本人課税	
有効期限	・世帯収入	円	・世帯課税	
年 月 日まで	・預貯金	円	・収入超過	
	・扶養なし		・預貯金超過	
			・扶養あり	