

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減事業)

年 月 日

岡山市長様

住所
申請者
(被保険者)
氏名

岡山市社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱第8条の規定により、上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。

フリガナ					被保険者番号														
被保険者氏名					個人番号														
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女													
住所	〒																		
利用するサービス種類及び事業所名称	【介護福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】																	入所年月日	
	施設名																	(年 月 日)	
利用者負担額軽減申請理由	【上記以外のサービス】																		
	事業所名																		
		氏名	生年月日	性別	備考														
世帯構成	世帯主																		
	世帯員																		

岡山市記入欄

交付年月日	備考																	
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)																	
適用年月日	世帯人数																	人
年 月 日	限度額																	万円
年 月 日	世帯収入合計額																	円
から	税扶養		有		無													
年 月 日	健康保険扶養		有		無													
まで	資産・預金等		有		無													
	決 定																	