

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

八 幡 市 長 様

年 月 日

申請者 住 所	電話 ー	フリガナ	
		申請者 氏 名	⑩

八幡市社会福祉法人等介護保険利用者負担額軽減助成金交付要綱の規定により利用者負担軽減対象確認を申請します。

フリガナ		介 護 保 険 被保険者番号	
被保険者 氏 名		個人番号 (マイナンバー)	

利用している指定居宅サービス事業者又は指定介護老人福祉施設

* 収入等申告書及び収入等を確認できる資料を必ず添付してください。

下欄は記入しないでください。

起 案	年 月 日	課 長		課 長 補 佐		係 長		課 内	
決 定	年 月 日								
承認する ・ 承認しない		減額割合 1 / 4 ・ 1 / 2 ・ 個室居住費 (生活保護)							
承認又は 不承認の 理 由	承認 <input type="checkbox"/> 承認に必要な要件を満たすため								
	不承認 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯に属しているため				<input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納があるため				
	<input type="checkbox"/> 旧措置入所者で負担割合が5%以下のため				<input type="checkbox"/> 預貯金等が基準額を超えるため				
	<input type="checkbox"/> 年間収入が基準額を超えるため				<input type="checkbox"/> 負担能力のある家族に扶養されているため				
適用期間	年 月 日 から				年 月 日 まで				

