

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制度)

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	
住 所	〒 ー 電話番号 ー		
備考	(確認番号) (利用者負担額減額申請理由)		

西之表市長 様

前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確認を申請します。

年 月 日
〒

住所
申請者 氏 名
電話番号

世帯構成		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

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	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

同意書

西之表市長 殿

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

市記入欄

	個人番号の確認	本人または代理人の身元確認書類	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 → <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 (代理権 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 確認) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員 (介護事業所の職員等)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 離島割引カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 提示が困難		2点

