

千歳市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 被保険者氏名				保 険 者 番 号		0 1 2 2 4 5					
				被保険者番号							
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日		性 別		男 ・ 女					
住 所		〒		電話番号 ()							
		氏 名		生 年 月 日		性別		備 考			
世帯構成	世帯主										
	世帯員										
住民票上の同一世帯の人を記入してください。											
千 歳 市 長 様											
上記のとおり、必要書類を添えて千歳市社会福祉法人等利用者負担額軽減制度の対象確認申請をします。											
また、審査に際し保険者が必要とするときは、保険者が被保険者及び被保険者の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。											
令和 年 月 日											
住 所											
申請者 電話番号 ()											
氏 名											

市記入欄

処 理 欄				
認 定 結 果	1 承認する。			
	2 不承認とする。			
生活保護受給	有 ・ 無		老齢福祉年金受給	有 ・ 無
要介護等 認定状況	介護度【 】認定期間 月 日～ 月 日 申請区分 新規()・更新・変更			
減 額 割 合	/ 1 0 0		課 長	係 長
確 認 証 交 付	年 月 日			
適 用 年 月 日	年 月 日			
有 効 期 限	年 月 日			