

様式第3号(第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度)

フリガナ			確認番号		
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	年月日生	性別	男・女		
住所	〒 電話番号				
利用サービス	1 特別養護老人ホーム(旧措置入所者への該当・非該当)				
	2 在宅サービス(訪問介護・通所介護・短期入所生活介護)				
利用者負担額軽減申請理由					
		氏名	生年月日	備考	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
<p>白老町長 様</p> <p>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確認を申請します。</p> <p>なお、この申請に関して、所得状況等について調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 印 電話番号</p>					

町 記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(世帯の所得状況等の把握)
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	