

**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		確 認 番 号	
		被 保 険 者 番 号	
生 年 月 日	年 月 日		
住 所	〒 _____ _____ 電話番号 ( )		
利用者負担額 軽減申請理由			
	氏 名	生 年 月 日	市 民 税 課 税
世帯構成	世 帯 主	年 月 日	有 ・ 無
	世 帯 員	年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無
(申請先) 茨木市長 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認定について申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 _____ 電話番号 ( )			

私の収入等申告額は、別添の記載のとおり、相違ありません。  
 なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合は、保険者が私及び世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印) (氏名が自署の場合は、押印不要です。)

施設・ケアマネジャー記入欄

施設・事業者名		記入者名	
(以下に被保険者が本制度による軽減が必要となる理由についてご記入ください。)			

市記入欄

交付年月日	備 考		
令和 年 月 日	(保険料滞納) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(生計中心者の所得状況等を把握)	
適用年月日			
令和 年 月 日 から			
有効期限			
令和 年 月 日 まで	軽 減 割 合		
	<input type="checkbox"/> 4分の1 <input type="checkbox"/> 2分の1(利用者負担第1段階) <input type="checkbox"/> 全額(滞在費、居住費のみ)		