

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)

**記入見本**

本制度の対象者の要件等は長寿介護課HPをご確認ください。

ご不明な点等ございましたら長寿介護課給付係までご連絡ください。

イバラキ タロウ

確認番号

**茨木 太郎**

被保険者番号

0 0 0 ● ● ● ● ● ● ● ●

昭和××年 ××月 ××日生

8505

市駅前三丁目8番13号

電話番号 000 (000) 0000

利用者負担額軽減申請理由

負担額の軽減が必要な理由を記入してください。

		氏名	生年月日	市民税課税
世帯構成	世帯主	<b>茨木 太郎</b>	昭和××年 ××月 ××日	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	世帯員	<b>茨木 花子</b>	昭和××年 ××月 ××日	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
		<b>茨木 次郎</b>	昭和××年 ××月 ××日	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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

令和××年 ××月 ××日

申請者 住所 **茨木市駅前三丁目8番13号**

氏名 **茨木 太郎**

※成年後見人が申請する場合、(本人)茨木 太郎 (成年後見人)〇〇 〇〇 2名のお名前をお願いします。

電話番号 000 (000) 0000

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、について調査することに同意します。

※成年後見人が申請する場合、本人・成年後見人2名の押印をお願いします。

被保険者氏名 **茨木 太郎**

(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	〇〇ケアプランセンター	記入者名	介護 良子
(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。)			
施設・ケアマネジャーの方から見て軽減が必要な理由をお願いします。			

市記入欄

交付年月日	備 考		
令和 年 月 日	市記入欄のため記入不要		
適用年月日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
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)		