

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（令和5年度新規申請用）

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

フリガナ 被保険者氏名		被 保 険 者 番 号	確認番号
生 年 月 日	M T S 年 月 日	性 別	
住 所			
利用サービス (または利用予定)	1 特別養護老人ホーム 2 訪問介護 3 通所介護 4 短期入所生活介護 (利用施設名)		
軽減申請理由	1 特に生計が困難なため 2 その他 ( )		
(あて先) 富士宮市長 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措置への申請をします。  令和 年 月 日  住所 申請者 氏名 電話 ( ) -			
(あて先) 富士宮市長 上記申請にあたり、下記の世帯員に係る課税台帳を市が閲覧することに同意します。  令和 年 月 日			
	氏名	生年月日	続柄
世 帯 主			
世 帯 員			
(あて先) 富士宮市長  私は、上記申請の結果について、私が利用する指定居宅介護支援事業所及び軽減対象のサービス事業者に対して情報提供することに同意します。  令和 年 月 日 本人氏名 _____			

富士宮市記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	市民税課税	課税 ・ 非課税
適用年月日	令和 年 月 日	負担限度額認定申請	有 ・ 無
有効期間	令和 年 月 日	世帯の年間収入	人世帯 円
判定者		預貯金	人世帯 円
判定結果	該当 非該当	活用できる資産	有 ・ 無
		親族等の扶養	有 ・ 無
		介護保険料の滞納	有 ・ 無

