様式第２号（第６条関係）

**記入見本**

**社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書（新規申請・更新申請）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ被保険者氏名 | 　　**ｳｼｸ　　ﾀﾛｳ** | 保険者番号 |  | **０** | **８** | **２** | **１** | **９** | **８** |
| 　**牛久　太郎** |
| 被保険者番号 | **０** | **０** | **０** | **０** | **０** | **０** | **０** | **０** | **０** | **１** |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　**２**年　**１**月　**１**日生 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　所**記入しないで下さい。****被保険者の方の情報を記入****して下さい。****世帯構成を記入して****下さい。****（生計中心者の記入は****重複してもよい）** | 〒**３００－１２９２**　**牛久市中央３－１５－１**　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　**０２９**（**８７３**）**２１１１** |
| 利用者負担額**申請理由を記入****して下さい。**減額申請理由 | **収入が少なく、充分な介護サービスを利用できないため。** |
|  | 氏　　名 | 生年月日 | 性　別 | 生計中心者に○をつけてください |
| 世 帯 構 成**“申請者”はご本人もしくはご家族****の方として下さい。** | 世帯主 | **牛久　太郎** | **大正　２年１月１日** | **男** |  |
| 世帯員 | **牛久　一郎** | **昭和１５年６月６日** | **男** | **○** |
| **牛久　二子** | **昭和２０年７月７日** | **女** |  |
| **牛久　三男** | **昭和４５年８月８日** | **男** |  |
|  |  |  |  |
| **電話番号もお忘れなく！！****牛久**牛 久 市 長 　様　上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額の減免対象の申請をします。　平成**２４**年**６**月**１**日　　　　　　〒　**３００－１２９２**　　　　　住所　**牛久市中央３－１５－１**　申請者　　　　　氏名　**牛久　一郎**　　　　　㊞　　　　　　　電話番号**０２９**（**８７３**）**２１１１** |

**捺印もお忘れなく！！**

　**牛 久 市 記 入 欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 確 認 事 項 | 交付年月日 |
| 平成　　年　　月　　日 |
| 確 認 欄 |
| 有効期限 |
| 平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　から |
| 平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　まで |
| 減免内容 |  |
|