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 |  |
|