様式第１号（第４条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td colspan="4">被保険者番号</td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td colspan="3"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">明・大・昭　　年　　月　　日生</td><td>性別</td><td colspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>利用者負担額
軽減申請理由</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>氏　名</td><td>生年月日</td><td>性別</td><td colspan="2">生計中心者に○</td></tr>
<tr><td rowspan="4">世帯構成</td><td>世帯主</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">世帯員</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

太良町長　　様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。

なお、この申請にあたり、私及び私の世帯の町民税に関する課税情報等、私の介護保険料の納付状況等を調査することについて同意します。

年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　㊞　　電話番号（　　）

※町記入欄（以下は、記入しないでください。）

決定区分	承認する・承認しない	備　考
交付年月日	年　　月　　日	
適用年月日	年　　月　　日から	
有効期限	年　　月　　日まで	