

(第3号様式)

<令和6年度>

受 付 印

社会福祉法人による利用者負担軽減申請書

(申請先) 横浜市 長 次のとおり申請します。

居宅介護(介護予防)支援事業者・サービス事業者に確認証の資格に関する情報を提供することに、以下の記名を以て同意します。

申請日		年		月		日
-----	--	---	--	---	--	---

○被保険者以外の方が申請書を記入する場合、記入してください。

申請者	住所	〒 -									
	氏名	電話 ()									

○被保険者の情報を記入してください。

被保険者	住所	〒 -										
	(フリガナ)											
	氏名	電話 ()										
	介護保険被保険者番号											
	生年月日	明治	大正	昭和			年			月		

○被保険者の生活保護受給状況を記入してください。

生活保護受給状況	受給している ・ 受給していない											
受給開始日	昭和	平成	令和			年			月			日

※担当課処理欄

状況調査	申請事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更(住所・区分) <input type="checkbox"/> 再発行															
	介護保険料	<input type="checkbox"/> 未納 <input type="checkbox"/> 納付済			税法上の被扶養者		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当										
	世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			収入基準		<input type="checkbox"/> 基準以上 <input type="checkbox"/> 基準未満										
	高齢福祉年金の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			資産基準		<input type="checkbox"/> 基準超過 <input type="checkbox"/> 基準以下										
	要介護区分	事業・支1・支2・1・2・3・4・5						世帯構成員数		人							
	認定有効期間			年			月			日から			年			月	
決定内容	区分	1号		2号		3号		4号		5号		生活保護		非該当			
	助成期間			年			月			日から			年			月	