

※生活保護受給者の個室の居住費用

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ	-----	確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号 (2号の方は生活保護受給者番号)	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 - 電話番号		
	結果送付先(上記と同じ場合は記入不要) 電話番号/送付先氏名 〒 -		
利用予定サービス	1 介護福祉施設サービス      3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 2 短期入所生活介護            4 介護予防短期入所生活介護		
利用者負担額軽減申請理由			
(あて先) 江別市長  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を関係書類を添えて申請します。  年 月 日 〒 - 申請者 住所 氏名  電話番号			

市記入欄

備 考
(世帯の所得状況等を把握)