

記載例

※生活保護受給者の(個室の)

介護保険サービスをご利用されている方の情報を記入してください。

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

介護保険証に記載されている番号(65歳未満の方は生活保護受給者証の番号を記入してください)。

記入不要

フリガナ 被保険者氏名	エベツ タロウ 江別 太郎	確認番号	
生年月日	昭和5年 5月 5日	被保険者番号 (2号の方は生活保護受給者番号)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
性別			男 ・ 女
住所	〒067-8674 江別市高砂町6番地	電話番号	011-381-1067
	結果送付先(上記と同じ場合は記入不要) 〒069-0854 江別市大麻中町26番地の4	電話番号/送付先氏名	382-4855 江別 大介
利用予定サービス	1 介護福祉施設サービス 2 短期入所生活介護 3 地域密着型介護者 4 介護予防短期入所		現在利用中または利用予定のサービスに○をつけてください。
利用者負担額軽減申請理由	収入が少ないため	申請理由を記入してください。	

(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。

令和 ○年 ○月 ○日

〒067-8674

申請者 住所 **江別市高砂町6番地**

氏名 **江別 太郎**

電話番号 011-381-1067

被保険者本人の氏名等をお書き下さい。

市記入欄

備考

(世帯の所得状況等を把握)