

受付印
(申請年月日)

介護保険 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)

(令和 年8月1日以降適用分)

保険者番号		被保険者番号 <small>被保険者のみ記載</small>	
被保険者氏名		生年月日	
住所	〒	電話番号()	—

神戸市 区長宛

私は、下記のいずれかの書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減の申請をします。なお、生活保護受給が廃止または停止となった場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議ありません。

- 生活保護適用証明書
- 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律等による支援給付適用証明書

令和 年 月 日

被保険者氏名(自署)

印

⇒被保険者氏名を代筆した場合(代筆者氏名・被保険者との関係・住所、代筆理由)

(神戸市記入欄)

承認コード	確認事項欄(該当1、非該当0)					上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。									
	①資格有	②世帯非課税	③収入要件	④預金要件	⑤扶養要件	承認・不承認	減額割合				令和 年 月 日				
								100%				課長	係長	担当	入力
	⑥資産要件	⑦滞納なし	⑧生保	負担段階		交付年月日	令和	年	月	日					
				1 2 3 4		適用年月日	令和	年	月	日					
						有効期限	令和	年	月	日					