様式第2号(第7条関係)

社会福祉法人等利用者負担額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措置)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理申請者 | | 本人申請の場合記載不要  住　　所：  氏　　名：  電話番号：　　(　　)  (本人との関係：　　) | | | 委任状 | 私は、左記の者にこの申請を委任します。  (家族の場合記載不要)  被保険者  本人氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　(本人自署の場合は押印不要) | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　年　月　　日生 | | 性別 | | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　　―  電話番号　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 軽減申請事由 | | | 1　町民税非課税世帯であり、かつ所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため。  2　軽減対象者に該当すると思われ、かつ老齢福祉年金受給者であるため。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 氏名 | 生年月日 | | | | | 性別 | | | 生計中心者に○をつけてください | | | | | | | |
| 世帯構成 | | 世帯主 |  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| 世帯員 |  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | 年　月　日 | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  　身延町長　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

保険者記入欄

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認　　　　決定　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 確認番号 |  | 承認 |  | | |
|  | 交付年月日 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 適用年月日 | 年　　月　　日から | 不承認 |
| 有効期限 | 年　　月　　日まで |