

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措置)

フリガナ			確認番号		
軽減対象者			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭・西暦		年	月	日
住所	〒		電話番号		()
申請要件 (該当するものに ○をつけてください)	<p style="text-align: center;">1. 低所得者 (※別紙様式 収入・資産申告書の添付が必要です)</p> <p style="text-align: center;">市町村民税世帯非課税であり、次の①～⑤の要件をすべて満たす者のうち特に生計が困難と認められる者</p> <p style="text-align: center;">①年収150万円以下(単身世帯)・ひとり増員ごとに50万円</p> <p style="text-align: center;">②預貯金350万円以下(単身世帯)・ひとり増員ごとに100万円</p> <p style="text-align: center;">③日常生活に供する資産以外に資産がない</p> <p style="text-align: center;">④負担能力のある親族等に扶養されていない</p> <p style="text-align: center;">⑤介護保険料を滞納していない</p> <p style="text-align: center;">2. 生活保護受給者 3. 支援給付受給者</p>				
利用 (予定) 事業所名	サービスの種類	事業所名	所在地		
<p>(宛先) 東大阪市長</p> <p>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の申請をします。 社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認の決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員の所得状況等について調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p>					

下記欄は記入しないでください。

データ入力	認定証	決定通知書

担当者	受付者

受付印