

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額の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名		確認番号 ※		
		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		
軽減を受けたいサービスの種類 (記号を○で囲む)	ア. 介護老人福祉施設 イ. 地域密着型施設 ウ. 訪問介護 エ. 訪問介護 (特別地域加算適用に伴う増額分) オ. 夜間対応型訪問介護 カ. 介護予防訪問介護 キ. 通所介護 ク. 認知症対応型通所介護 ケ. 介護予防通所介護 コ. 介護予防認知症対応型通所介護 サ. 短期入所生活介護 シ. 小規模多機能型居宅介護 ス. 介護予防短期入所生活介護 セ. 介護予防小規模多機能型居宅介護			
利用開始日	年 月 日			
軽減申請理由				
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			
	世帯員			

※ 市が記入する欄

宮古市長 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申請をします。
(社会福祉法人が代理提出することに同意します。)

年 月 日

住 所

申請者

電話番号

氏 名

同意書 (申請者本人)	同意書 (申請者を扶養親族としている方)
社会福祉法人等による利用者負担の軽減決定のために必要があるときは、私の市税に関する課税状況につき、貴市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。 年 月 日 住所 氏名	社会福祉法人等による利用者負担の軽減決定のために必要があるときは、私の市税に関する課税状況につき、貴市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。 年 月 日 住所 氏名

※ 市町村記入欄

決定年月日	備 考	
年 月 日	※課税状況、老齢福祉年金受給状況、保護世帯でないこと等、軽減決定に必要な事項を確認して記載	
適用年月日	老齢福祉年金の受給の有無	有 ・ 無
年 月 日	生活保護受給の有無	有 ・ 無
有効期限	収入状況	
年 月 日	家族の状況	

収 入 申 告 書

年 月 日

宮古市長 様

申告者氏名 _____

〔 軽減対象者氏名 _____
 生年月日 明. 大. 昭 年 月 日 〕

年中の収入等について、下記のとおり申告します。

1. 年金・恩給等収入	円
年金	円
年金	円
2. 就労収入 (給与、事業、営業、農業などで得た 年度収入額)	円
仕事の内容：	
仕事の内容：	
3. その他収入 (上記1及び2以外で得た 年度収入額)	円
名称：	円
配当等(種類：)	
不動産	円
収 入 金 額 合 計	円

預 貯 金 の 総 額	円
-------------	---

※年金等決定額通知書等収入が確認できる書類の写し及び預貯金通帳の写しを添付してください。