第１号様式（第６条関係）

郡山市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措置）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 個人番号 | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  軽減申請理由 | | |  | | | | | | | | | | 利用しているサービスの種類（○をつけてください） | | | | | | | | １　ホームヘルプサービス  ２　デイサービス  ３　ショートステイ  ４　特別養護老人ホーム | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主  氏名 | |  | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | |  |  |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員  氏名 | |  | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | |  |  |  | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員  氏名 | |  | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | |  |  |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員  氏名 | |  | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | |  |  |  | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 郡山市長  上記のとおり郡山市介護保険の特別対策に係る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。  　　　年　　月　　日  住所  申請者  氏名  電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者記入欄   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 交付年月日 | 年　　月　　日 | 可否　判定  　　　要綱　要領  　　　該当　１　２ 　　３　 　 ４　５　６  割合　条項 課税 世帯収入 世帯預貯金 不動産 被扶養　滞納  　 　 課税　　　　　　　　　　　　　　 　有　　有　 有  　　　　　 非課税 無 無　 無 | | 適用年月日 | 年　　月　　日 | | 有効期限 | 年　　月　　日 |   備考  　１太線枠内を記入してください。  ２□のある欄は、該当箇所にレ印を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |