

社会福祉法人等介護保険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生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減措置)

フリカテ 被保険者氏名				確認番号																		
				被保険者番号	3	2	2	0	0													
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女																
住所	〒 長崎県東彼杵郡川棚町																					
電話番号																						
申請をする理由																						
		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																					
川棚町長様 上記のとおり社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額減額の対象確認の申請をします。 令和 年 月 日 住所 長崎県東彼杵郡川棚町 申請者 氏名 印 電話番号																						

市(町村)記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限 年 月 日 まで	