

様式第1号(第6条関係)

市川市介護保険社会福祉法人利用者負担額軽減対象者確認
申請書(兼同意書)

(社会福祉法人による利用者負担額軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名		確認証番号	※記入不要
		介護保険被保険者番号	
生年月日	年 月 日		
住 所	〒 電話番号 ()		
	フリガナ 氏 名	生年月日	年1月1日 現在の住所
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	
<p>市川市長</p> <p>上記のとおり、社会福祉法人による利用者負担額軽減対象者であることの確認を申請します。また、この申請に伴い、被保険者及び同居の世帯員の市町村民税及び介護保険料の賦課状況、被保険者の介護認定状況、老齢福祉年金受給状況、生活保護受給状況その他収入状況並びに資産の状況について調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 電話番号 ()</p>			

市川市記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	