

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 | イチカワ タロウ 市川 太郎 | 確認証番号 介護保険被保険者番号 | ※記入不要 123456 |
| 生年月日 | 昭和5年1月1日 | | |
| 住所 | 〒 272-0000 市川市八幡1丁目1番1号 電話番号 047-334-1111 | | |
| | 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 | イチカワ タロウ 市川 太郎 | 昭和5年1月1日 市川市八幡1丁目1番1号 |
| | 世帯員 | | 年 月 日 |
| | | <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 世帯員がいる場合、 ご記入ください。 </div> | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |
| | | | 年 月 日 |

市川市長

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。

令和4年7月1日 記入日

住所 **市川市八幡1丁目1番1号** 被保険者ご本人様の住所・氏名

申請者 氏名 **市川 太郎** 電話番号 **047-334-1111**

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 | |