

様式第 2号その1(6条、13 条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認(更新)申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置)

フリガナ			
被保険者氏名		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		
(宛先)静岡市長			
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確認申請をします。			
令和 年 月 日			
住所			
申請者	電話番号		
氏名	(被保険者との関係: )		

問合せ先: (氏名) (被保険者との関係) (電話番号)

注 申請者氏名欄には、申請者が署名するか、又は被保険者氏名を記名し押印してください。

市 記入欄

世帯	生保	老福	有価証券等	活用資産	被扶養	保険料	負担限度額	適用年月日
課税	有	有	有	有	有	有	有 無	令和 年 月 日
非課税	無	無	無	無	無	無	申請中	
世帯の収入状況等					対象期間の要介護認定			有効期限
収入金額		預貯金額			□有 有効期間 R . . . まで			令和 年 月 日
円		円			□無 申請日 . . . 【新規、変更、更新】			
認定決定区分		受付者	審査者	備考			交付年月日	
承認	不承認						令和 年 月 日	