

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制度)

フリガナ		保険者番号	新居浜市	3	8	2	0	5	1
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 () -								
利用者負担額 軽減申請理由	(宛先) 新居浜市長 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申請をします。 なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、収入額、資産(預貯金・不動産等)を新居浜市が確認することに同意いたします。 令和 年 月 日 申 請 者 住 所 (被保険者) 電話番号 () - 氏 名								
社会福祉法人等 名称		担当者	電話番号						

市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	確 認 区 分	内 容	決 定 区 分
適用年月日	(1) 市民税課税状況	課税 ・ 非課税	軽減率 1 / 4 1 / 2 1 / 1
	(2) 預貯金額	円	
年 月 日	(3) 不動産等活用	有 ・ 無	軽減対象 費用 利用者負担 食費 居住費(滞在費)
から	(4) 扶養関係	有 ・ 無	
有効期限	(5) 保険料滞納	有 ・ 無	その他 特記事項
年 月 日	(6) 老齢福祉年金の受給	有 ・ 無	
まで			