様式第2号(第5条関係)

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 | 　 | 確認番号 | 　 |
| 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 |
| 個人番号 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 利用者負担額軽減申請理由 | 1　市民税世帯非課税者2　老齢福祉年金受給者3　生計困難者 | 4　その他(　　　　　　　　　　　　　　　)(該当する理由すべてに○をつけてください。) |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 備考 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 　 | 　　年　　月　　日生 | 男・女 | 　 |
| 世帯員 | 　 | 　　年　　月　　日生 | 男・女 | 　 |
| 　 | 　　年　　月　　日生 | 男・女 | 　 |
| 　 | 　　年　　月　　日生 | 男・女 | 　 |
| 　 | 　　年　　月　　日生 | 男・女 | 　 |
| 　東松島市長　　　　様　上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の確認申請をします。　　　　　　年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 　社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認申請に伴い、必要がある場合には、東松島市が私及び私の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。世帯主氏名　　　　　　　　　　印 |

※　上記の太枠内のみ記入してください。　(確認番号については記入不要です。)

【東松島市処理欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定内容 | 　次のとおり認定してよろしいか伺います。 | 起案日　　　　年　　月　　日決定日　　　　年　　月　　日 |
| 交付年月日　　年　　月　　日 | 課長 | 班長 | 担当 |
| 適用年月日　　年　　月　　日から | 　 | 　 | 　 |
| 有効期限　　　年　　月　　日まで |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【所得状況等の確認】 | 　 | 入力・照合 | 　 | 　 | 収受 | 　 |