

徳島市社会福祉法人等利用者負担軽減事業利用申請書

徳島市長殿

申請日 令和 年 月 日

届出者

住所 〒 徳島市

フリガナ

氏名

申請者との続柄

電話番号 - -

通知の送付先		
<input type="checkbox"/> 届出者	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> その他(※記入要)
宛先 〒	-	
徳島市		
宛名		

この事業を利用したいので申請します。

フリガナ			被保険者番号				
申請者氏名 (被保険者)			生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
住所	〒 徳島市		電話番号	- -			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所者生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定を申請済みである。				
世帯構成	氏名	生年月日	続柄	住民税			
世帯主		年 月 日		課税・非課税			
世帯員		年 月 日		課税・非課税			
※現に居住している世帯		年 月 日		課税・非課税			
添付書類	<input type="checkbox"/> 収入状況等申告書(※記入及び誓約・同意事項へのチェックがない場合、受付不可) <以下、世帯の1人ずつ必要> <input type="checkbox"/> 令和 年 1年間の収入が判るもの(源泉徴収票の写し等) <input type="checkbox"/> 直近 3か月分の預貯金が判るもの(通帳の写し等) <input type="checkbox"/> 保護受給証明書(※生活保護を受給している場合)						
同意事項	<input type="checkbox"/> この申請に係る所得、課税状況及び世帯状況を徳島市が官公署及び関係人に調査、報告を求めることに同意します。						

市記入欄

申請者確認 (いずれか一点)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
届出者確認 (いずれか一点)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他()