

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)

記入例

長岡市長 様

次のとおり関係書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請をします。

申請者氏名 <b>介護 保</b>	本人との関係 <b>子</b>
申請者住所 <b>長岡市幸町2丁目1番1号</b>	連絡先 (日中の連絡先 ※携帯可) <b>090-XXXX-XXXX</b>

フリガナ <b>ナガオカ タロウ</b>	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
被保険者氏名 <b>長岡 太郎</b>	個人番号	5 6 7 8 9 8 7 6 5 4 3 2

生年月日 明治・大正 **昭和** 5年 1月 1日生

住所 〒 940-8501  
**長岡市大手通1丁目4番地10**

該当する箇所に○印、記入してください。

利用サービス  
・介護保険サービス：**通所介護** (事業所名称：**テイサービスアオーレ**)  
・介護保険サービス：**短期入所生活介護** (事業所名称：**ショートステイ長岡**)

利用者負担軽減申請理由  
・別紙「社会福祉法人等利用者負担軽減対象者の要件確認表」のとおり  
・生活保護受給者のため

氏名	生年月日
----	------

世帯構成	世帯主	<b>長岡 太郎</b>	年 5月 1日生
	世帯員	<b>長岡 花子</b>	年 6月 2日生
			明治・大正・昭和 年 月 日生
			明治・大正・昭和 年 月 日生

申請者及び申請者と同じ世帯の人を記入してください。

同意書

申請内容の審査にあたり、担当職員が私の世帯構成及び所得状況等を確認することに同意します。また、軽減の対象者として認定された場合、長岡市長が被保険者番号、被保険者名、住所及び軽減割合をサービス提供事業者に提供します。

〇〇年〇〇月〇〇日  
本人(被保険者)  
〒 940-8501  
住所 **長岡市大手通1丁目4番地10**  
氏名 **長岡 太郎** 電話番号 **0258 ( 39 ) 2245**

被保険者の住所、氏名、電話番号を記入してください。

※「社会福祉法人等利用者負担軽減対象者」欄に記入してください。

○申請者が成年後見人(保佐人・補助人)の場合について  
<本人>欄は被保険者の住所、氏名を記入してください。加えて、同意書内の空きスペースに成年後見人(保佐人・補助人)の住所、氏名も記入してください。  
登記事項証明書等のコピーの提出が必要となります。忘れずに添付してください。

長岡市記入欄

下記のとおり決定します。

交付年月日 年 月 日	別紙「社会福祉法人等利用者負担軽減対象者の要件確認表」による確認	適 否
適用年月日 年 月 日	<b>長岡市が事務処理に使用する欄ですので、</b> (段階のため)	
有効期限 年 月 日まで	<b>記入しないでください。</b>	
	2 非該当	4 負担能力のある状況下に入居しているため
		3 その他 ( )
	要介護状態	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)

