様式第２号（第５条関係）

社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 保険者番号 | | ４２２０７１ |
| 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 | |  |
| 個人番号 | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 性別 | | 男　・　女 |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | |
| 利用者負担額減免申請理由 | |  | | | | |
|  | | 氏　　　　名 | 生 年 月 日 | | 性 別 | 生計中心者に○を  つけてください |
| 世　帯　構　成 | 世帯主 |  |  | |  |  |
| 世帯員 |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 平　戸　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減免対象の申請をします。  　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　住　所  　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |

※介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　　月　　　日 | （所得分布の状況等を記入）  　　世帯　（　課税　・　非課税　）  　　課税年金収入  　　滞納　（　有り　・　無し　） |
| 適用年月日 |
| 年　　　月　　　日から |
| 有効期限 |
| 年　　　月　　　日まで |

**調査の同意書**

下記に該当する申請に係る課税状況等に関して、私は私の世帯員に一任され、私及び世帯員の一切の調査に同意します。

◆申請の種類（該当するものの番号に○をしてください。）

１．介護保険負担限度額認定申請

２．介護保険特定負担限度額認定申請

３．介護保険利用者負担額減額・免除等申請

④．社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請

５．離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額

軽減対象確認申請

平戸市長　様

令和　　年　　月　　日

住　所

申請者　　　　　　　　　　　　　 　㊞

**委任状**

　私は、　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

　令和　　年　　月　　日に申請した介護保険負担限度額認定証及び決定通知書の受領に関すること。

　　　　　　　　　　申請者の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　代理人の住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄

様式第２号（第５条関係）

【記入例】

**社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書**

**（社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | ヒラド　タロウ | | 保険者番号 | | ４２２０７１ |
| 被保険者氏名 | | 平　戸　太　郎 | | 被保険者番号 | | １２３４５６７８９０ |
| 個人番号 | | 987654321012 |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　１５　年 １ 月 １ 日 | | 性別 | | 男　・　女 |
| 住所 | | 〒８５９－５１９２  平戸市岩の上町１５０８番地３　　　　　　電話番号　２２－４１１１ | | | | |
| 利用者負担額減免申請理由 | | 低所得のため、生計困難 | | | | |
|  | | 氏　　　　名 | 生 年 月 日 | | 性 別 | 生計中心者に○を  つけてください |
| 世　帯　構　成 | 世帯主 | 平　戸　一　郎 | S40.1.1 | | 男 | ○ |
| 世帯員 | 平　戸　太　郎 | S15.1.1 | | 男 |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 平　戸　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減免対象の申請をします。  　　　　令和 元 年　７　月　１　日  　　　　　　　　住　所　　平戸市岩の上町１５０８番地３  　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　２２－４１１１  　　　　　　　　氏　名　　平　戸　太　郎　　㊞ | | | | | | |

※介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　　月　　　日 | （所得分布の状況等を記入）  　　世帯　（　課税　・　非課税　）  　　課税年金収入  　　滞納　（　有り　・　無し　） |
| 適用年月日 |
| 年　　　月　　　日から |
| 有効期限 |
| 年　　　月　　　日まで |

**調査の同意書**

下記に該当する申請に係る課税状況等に関して、私は私の世帯員に一任され、

私及び世帯員の一切の調査に同意します。

◆申請の種類（該当するものの番号に○をしてください。）

１．介護保険負担限度額認定申請

２．介護保険特定負担限度額認定申請

３．介護保険利用者負担額減額・免除等申請

④．社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請

５．離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額

軽減対象確認申請

平戸市長　様

令和 元 年 ７ 月 １ 日

住　所　　平戸市岩の上町1508番地3

申請者　　平　戸　太　郎　　　　 　㊞

**委任状**

　私は、　○○○○○○○○○○　を代理人と定め、次の権限を委任する。

　　　（事業所名または担当ケアマネ氏名）

　令和 元 年 ７ 月 １ 日に申請した介護保険負担限度額認定証及び決定通知書の受領に関すること。

　　　　　　　　　　申請者の住所　平戸市岩の上町1508番地3

　　　　　　　　　　　　　　氏名　平　戸　太　郎　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　代理人の住所　○○○○○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所所在地）

　　　　　　　　　　　　　　氏名　○○○○○○○○○○　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名または担当ケアマネ氏名）

　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　　入　所　施　設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（入所施設または担当ケアマネ）

※必ず押印をお願いします（申請書1箇所、同意書1箇所、委任状2箇所）