

様式第1号（第7条関係）

富山市社会福祉法人等利用者負担額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措置）

記載例

（宛先）富山市長
 次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	富山 太郎	被保険者との関係 子
申請者住所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号 電話番号 076-443-2193	

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被 保 険 者	被保険者証の番号											個人番号											
	フリガナ	トミヤマ イチロウ										生 年 月 日											
	氏 名	富山 一郎										〇〇年〇〇月〇〇日											
	住 所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号 電話番号 076-443-2193																					
申請理由		年金の収入が少なく、サービスの利用料が大きな負担になるため。																					
介護サービスの利用状況		利用しているサービスの種類 （○を付けてください。）										サービス提供事業者名											
		ホームヘルプサービス										○		富山ヘルパーステーション									
		デイサービス																					
		ショートステイ																					
		特別養護老人ホーム																					
世帯構成		氏 名										生 年 月 日											
		富山 一郎										〇〇年 〇〇月 〇〇日											
		富山 花子										〇〇年 〇〇月 〇〇日											
												年 月 日											
												年 月 日											
												年 月 日											

社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置に係る決定に必要な事項について調査をされることに同意します。

被保険者氏名 富山 一郎