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）

（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		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号　－		

※　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		生年月日	
	氏名		年　月　日	
	住所	〒 電話番号　－		
申請理由				
介護サービスの利用状況	利用しているサービスの種類（〇を付けてください。）		サービス提供事業者名	
	ホームヘルプサービス			
	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	
			年　月　日	
			年　月　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿