

## 豊中市社会福祉法人等利用者負担軽減確認申込書

豊中市長あて

(届出者) 氏名

住所

電話番号

対象者との関係

## &lt;軽減対象者基本情報&gt;

フリガナ		被保険者番号	
名前		電話番号	— —
生年月日	年 月 日		
住所	〒 — 豊中市		

## &lt;申込内容&gt;

利用者負担軽減 申込理由	<input type="checkbox"/> 経済的困窮のため <input type="checkbox"/> その他( )			
サービス 利用開始日	年 月 日			
法人名と 事業所情報	法人名			
	事業所名			
	事業所住所			
	事業所連絡先	— —		
利用する サービス名  ※利用サービスに ☑して下さい	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業 <sup>注</sup> <input type="checkbox"/> 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 <sup>注</sup>	
	注) サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限ります。			
	同居家族等の 状況	名前	生年月日	名前

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申込をします。また、軽減対象の決定にあたり市民税課税台帳による世帯の課税状況の確認、生活保護受給状況調査および、利用法人への決定内容・利用者負担段階の提供に同意します。

※サービスの対象については、自己負担割合が保険給付と同様のものに限ります。

(被保険者)

名 前