

社会福祉法人 利田孝名担軽減事業 届出事項変更届

豊中市

届出者
「本人もしくはご家族」

記入例
(追加の場合)

申込日を記入してください。

豊中 太郎

豊中市 中桜塚X-X-X

06-6858-XXXX

対象者との関係

本人

<軽減対象者基本情報>(必須)

フリガナ	トヨナカ タロウ	被保険者番号	100XXXXXXXXXX
名前	豊中 太郎	電話番号	06 - 6858 - XXXX
生年月日	S10 年 1月 XX日	住所	〒 561 - XXXX 豊中市 中桜塚X-X-X

現在の利用状況
「現在利用中のサービス名」を
記入してください
※下記利用サービス名を参照

軽減対象者基本情報
必要事項を記入してください

<現在の利用状況>(必須)

現在利用中のサービス名	訪問介護		
現在利用中の法人名	社会福祉法人 〇〇〇会	現在利用中の事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇ステーション

<変更>

※変更の場合はこちらへ記入してください

新サービス利用開始日	年 月 日		
変更後の法人名と変更後の事業所名	法人名		
	事業所名		
変更後の利用サービス名 ※利用サービスに ☑してください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <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"/> 介護予防短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <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"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看顧小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <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 ^注 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <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 ^注		

現在の利用状況
「現在利用中の法人名」と「現在利用中の事業所名」を両方記入してください

記入不要

<追加>

※追加の場合はこちらへ記入してください

追加サービス利用開始日	令和4年 12月 1日		
追加法人名と追加事業所名	法人名	社会福祉法人 〇〇〇会	
	事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇ステーション	
追加する利用サービス名 ※利用サービスに ☑してください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <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"/> 介護予防短期入所生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <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"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看顧小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <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 ^注 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <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 ^注		

利用事業所追加
追加するサービスの利用開始日
を記入してください

利用事業所追加
「追加法人名」と「追加事業所名」には、今回サービスを追加する内容を記入してください

利用事業所追加
追加するのサービス名の
四角内に☑を入れてください

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。