

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認  
軽減法人利用者負担軽減対象確認

申請書

(生活保護受給者)

フリガナ		
被保険者氏名		被保険者番号
生年月日	年 月 日	
保護開始年月日	年 月 日	
住所	〒  電話番号	
申請する減額の種類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者の軽減法人利用者負担軽減 (介護予防)小規模多機能型居宅介護に係る宿泊費 看護小規模多機能型居宅介護に係る宿泊費 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者の社会福祉法人等利用者負担軽減 (介護予防)小規模多機能型居宅介護に係る宿泊費 看護小規模多機能型居宅介護に係る宿泊費 (介護予防)短期入所生活介護に係る滞在費 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設に係る居住費	
帯広市長 様  上記のとおり申請します なお、審査・判定に必要な生活保護受給状況調査及び適切な介護サービス提供のために必要があるときは、減額認定内容を居宅介護支援事業者へ提供することに同意します。  年 月 日  申請者氏名 (軽減対象者)		

帯広市記入欄

交付年月日	非該当の理由等	備 考		
年 月 日		軽減法人軽減	該 当 理 由	確認番号
有効期限		該 当	・生活保護受給者  ・その他 ( )	第 号
年 月 日から 年 月 日まで		非該当		