

社会福祉法人等利用者負担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制度）

令和5年 6月 5日

（あて先） 浜松市長

浜松市社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証交付要綱第5条の規定により、
 次のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の確認を申請します。

太枠の中を記入してください。

申請者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	氏名	浜松 花子	電話番号	451-2862	
	住所	浜松市中央区鴨江●●-●	被保険者からみた関係	子	

白色の証に記載された番号を記入

被保険者氏名		確認番号									
フリガナ	ハママツ タロウ	0	0	1	2	3	4	5			
浜松 太郎		被保険者番号									
		0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
住所	〒430-8652		電話番号 (053) 457-2321								
浜松市中央区元城町●●-●											
↓特別養護老人ホーム（地域密着型含む）入所者のみ記入											
入所施設名	天竜川特別養護老人ホーム			入所年月日	平成30年 8月 1日						

浜松市 記入欄

交付年月日	備 考										
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)										
適用年月日	1	生活保護受給	有	・	無	6	活用可能資産	有	・	無	
年 月 日	2	老福年金受給	有	・	無	7	被扶養状況	有	・	無	
から	3	世帯課税状況	課 税	・	非課税	8	保険料滞納	有	・	無	
	4	世帯収入金額	円			9	負担限度額認定	有	・	無	
	5	世帯預貯金額	円								
有効期限	受 付	入 力	確 認	備 考							
年 月 日				在宅 25・50 施設 25・50 非該当 生保							
まで	利用者負担額のみ該当（短期入所・施設）										