

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認(更新)申請書
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置)

フリガナ	シズオカ タロウ		被保険者番号	XXXXXXXXXXXX
被保険者氏名	静岡 太郎			
生年月日	大・昭 18 年 8 月 1 日生			
住所	静岡市葵区追手町〇番△号 電話番号 054-XXX-XXXX			
(宛先) 静岡市長 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確認申請をします。 令和 7 年 8 月 1 日 住所 静岡市葵区追手町〇番△号 申請者 電話番号 054-XXX-XXXX 氏名 静岡 太郎 (被保険者との関係: 本人)				

問合せ先: (氏名)

(被保険者との関係)

(電話番号)

市記入欄

ボールペンで記入してください
※鉛筆、消えるボールペン等は
使用しないでください。

世帯	生保	老福	有価証券等	活用資産	被扶養				
課税	有	有	有	有	有				
非課税	無	無	無	無	無	無	申請中	年	月
世帯の収入状況等					対象期間の要介護認定			有効期限	
収入金額		預貯金額		<input type="checkbox"/> 有 有効期間 R . . . まで <input type="checkbox"/> 無 申請日 R . . . 【新規、変更、更新】			令和		
円		円					年		月
認定決定区分		受付者	審査者	備考			交付年月日		
承認・不承認							令和		
							年		月
									日