

市町村受付印

広域連合受付印

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認申請書

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名		保険者番号			
		被保険者番号			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号				
利用者負担額 軽減申請理由					
		氏 名	生 年 月 日	性 別	主たる生計維持者には ○を、軽減対象者には ◎をつけてください。
世帯構成 (本人を含む。)	世 帯 主		明・大 昭・平 年 月 日	男 ・ 女	
	世 帯 員		明・大 昭・平 年 月 日	男 ・ 女	
			明・大 昭・平 年 月 日	男 ・ 女	
			明・大 昭・平 年 月 日	男 ・ 女	
沖縄県介護保険広域連合長 様					
上記のとおり,社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業に基づく利用者負担額の軽減対象の申請をします。					
年 月 日					
住所 電話番号					
申請者 (本人又は家族) 氏名 印 被保険者との続柄					

広域記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況等を把握)
適用年月日	(他軽減事業等の適用状況)
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

市町村・広域記入欄

担当者印	市 町 村			広 域 連 合	備 考
	確認証回収	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認	
	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	