第２号様式

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額の軽減制度）

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住　　所： 電話番号：　　（　　） 氏　　名： （本人との関係：　　）	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 （家族の場合記載不要） 被保険者 本人氏名　　㊞ （本人自署の場合は押印不要）

フリガナ		保険者番号	1 9 2 0 1 3
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　月　日生		
住　所	〒 電話番号　　（　　）		
軽減申請事由	１　市民税世帯非課税であり、かつ所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため ２　軽減対象者に該当すると思われ、かつ老齢福祉年金受給者であるため ３　その他（　　）		

		氏　名	個人番号	生年月日	性別	生計中心者に〇をつけてください
配偶者（別世帯を含む。）				年　月　日		
世帯構成	世帯主			年　月　日		
	世帯員			年　月　日		
				年　月　日		

（あて先）　甲 府 市 長　　令和　年　月　日

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を申請します。

保険者記入欄

利用区分	１　在宅での利用 ２　施設での利用	減額割合	１　２５／１００ ２　５０／１００ ３　生活保護受給者　１００／１００（個室居住費のみ）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認　　決定　　令和　年　月　日

受　付	確認番号		承　認	長寿介護課		
	交付年月日	年　月　日		担当	係長	課長
	適用年月日	年　月　日から	不承認			
	有効期限	年　月　日まで				

同　意　書

（あて先）
甲府市長

介護保険社会福祉法人等による利用者負担額の軽減等の決定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私、私の配偶者（内縁関係の者を含む）及び私の属する世帯全員及び扶養義務者（以下「私等」という。）の課税状況、固定資産の状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私等が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年　　月　　日

〈本人〉

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

〈配偶者〉

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

〈世帯員及び扶養義務者〉

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続柄＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続柄＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続柄＿＿＿＿