

第 1 号様式（第 5 条関係）

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措置)

フリガナ		保険者番号		3	8	2	0	5	1
被保険者氏名		被保険者番号							
生 年 月 日	年 月 日								
住 所	〒 電話番号								
利用者負担額 減額申請理由									
(宛 先) 新居浜市長 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申請をします。 なお、申請に当たり、世帯等の個人住民税の課税状況、収入額、資産（預貯金・不動産等）及び扶養の有無等を新居浜市が確認することに同意いたします。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 氏 名									
社会福祉法人等 名 称		担当者	電 話						

市記入欄

交 付 年 月 日	備 考			
年 月 日	区 分	内 容	決 定 区 分	
	(1)市町村民税課税状況	課税・非課税	軽減割合	
適 用 年 月 日	(2)預 貯 金 額	円		
年 月 日 から	(3)不 動 産 等 活 用	有 ・ 無	軽減対象 費用	介護費負担 食費 居住費 (滞在・宿泊費)
	(4)扶 養 関 係	有 ・ 無		
有 効 期 限	(5)保 険 料 滞 納	有 ・ 無	その他 特記事項	
年 月 日 まで	(6)老齡福祉年金の受給	有 ・ 無		