

(第3号様式)

<令和8年度>

受 付 印

社会福祉法人による利用者負担軽減申請書

(申請先) 横浜市 長 次のおり申請します。

居宅介護(介護予防)支援事業者・サービス事業者に確認証の資格に関する情報を提供することに、以下の記名を以て同意します。

申請日		年		月		日
-----	--	---	--	---	--	---

○被保険者以外の方が申請書を記入する場合、記入してください。

申請者	住所	〒 -									
	氏名	電話 ()									

○被保険者の情報を記入してください。

被保険者	住所	〒 -									
	(フリガナ)										
	氏名	電話 ()									
	介護保険被保険者番号										
	生年月日	明治	大正	昭和		年		月			日

○被保険者の生活保護受給状況を記入してください。

生活保護受給状況	受給している					受給していない				
受給開始日	昭和	平成	令和		年		月			日

※担当課処理欄

状況調査	申請事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更(住所・区分) <input type="checkbox"/> 再発行										
	介護保険料	<input type="checkbox"/> 未納 <input type="checkbox"/> 納付済			税法上の被扶養者		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当					
	世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			収入基準		<input type="checkbox"/> 基準以上 <input type="checkbox"/> 基準未満					
	世帯構成員数	人			資産基準		<input type="checkbox"/> 基準超過 <input type="checkbox"/> 基準以下					
決定内容	区分	1号	2号	3号	4号	5号	生活保護		非該当			
	助成期間		年		月		日から		年		月	