

1. 訪問介護利用者負担額減額認定（確認）申請 **2. 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請**

被 保 険 者	氏名	フリガナ クラシキ タロウ 倉敷 太郎	被保険者番号（介護保険被保険者のみ）											
	生年月日	明・大 昭 7年 8月 9日	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	性別	男 ・女
	住所	〒 710 - 8565 倉敷市西中新田640番地 電話（自宅・携帯・呼出） 〇〇〇（ 〇〇〇 ） 〇〇〇〇												
申請理由	(例1) 経済的に生活に困窮しているため (例2) 生活保護を受給しているため 受給開始日 H21. 9. 1～		利用事業所	特別養護老人ホーム△△										

世 帯 構 成	世帯主	氏名	倉敷 太郎 男	生年月日	明大 昭 平 7 . 8 . 9	生計中心者 氏 名 倉敷 太郎				
	世帯員	倉敷 花子 女	明大 昭 平 8 . 9 . 1	男	明大 昭平 . .	男	明大 昭平 . .	女	明大 昭平 . .	女
			男	明大 昭平 . .	男	明大 昭平 . .	女	明大 昭平 . .	女	明大 昭平 . .

ホームヘルパーの利用	年 月頃から	*訪問介護利用者負担額減額認定申請の場合のみ、記入してください。
身体障害者手帳	有・無（ 級 第 号）	交付年月日 年 月 日

倉敷市長 へ

上記のとおり申請します。なお、市が私および私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況を調査することに同意します。また、私が生活保護受給者として申請し承認された場合、担当の社会福祉事務所に決定内容について情報提供することに同意します。

令和 元 年 5 月 10 日

申請者名（被保険者） 倉敷 太郎

申請書提出者 (代行業所名)	連絡先電話 ()
-------------------	-----------

(注) 上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。

倉敷市 記入欄	受付窓口	<input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 水島 <input type="checkbox"/> 真備		受付年月日	年 月 日	入力
	備考	<input type="checkbox"/> 法施行時		<input type="checkbox"/> 法人軽減		
		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 非承認		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 非承認		年 月 日