

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書

フリガナ					保険者番号	2	7	1	0	0	7
被保険者氏名					被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒 ー 電話番号 ()										
申請理由											
	氏名	生年月日			性別	市民税課税					
被保険者		年 月 日			男・女	有・無					
		年 月 日			男・女	有・無					
		年 月 日			男・女	有・無					
		年 月 日			男・女	有・無					
<p>大阪市長 上記のとおり利用者負担に係る軽減を申請します。 私の収入等申告額は、裏面記載のとおり、相違ありません。 なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合は、保険者が私及び私の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名・印 () 電話番号 ()</p>											

注意 ・生活保護を受給している方は個室の居住費（介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護に限る）に係る利用者負担額についてのみ軽減対象となります。

以下は記入しないでください。

決定区分	備 考				
決定・却下	[保険料滞納]		[収入確認等に係る書類等の写し添付]		
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
交付年月日	[生活保護受給]		[養護老人ホームへの入所]		
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
令和 年 月 日	軽 減 割 合				
適用年月日	<input type="checkbox"/> 4分の1 (25%)	<input type="checkbox"/> 2分の1 (50%)	<input type="checkbox"/> 10分の10 (100%)		
	(利用者負担第1段階) (生活保護受給者)				
令和 年 月 日	決 裁 欄	課長	課長代理	担当係長	係員
令和 年 月 日					