

介護保険 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制度)

受付印
(申請年月日)

神戸市 区長宛

私は、下記のいずれかの書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減の申請をします。
なお、生活保護受給が廃止となった場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議ありません。

令和 年 8 月 1 日以降適用分

<添付書類>

- 生活保護適用証明書
- 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律等による支援給付適用証明書

被 保 険 者	保険者番号																	被保険者番号 (被保険者のみ記載)															
	被保険者氏名															生年月日	明治・大正 昭和	年	月	日													
	住所	〒 —																															

申 請 者	住所	申請日 令和 年 月 日																										
	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ																											
氏名	本人との関係	電話番号																										

神戸市記入欄	確認事項	①資格有無		⑥資産要件		決定	令和 年 月 日	決定内容	承認・不承認	入力 コード		
		②世帯課税状況		⑦滞納状況		交付	令和 年 月 日	減額割合	100%			
		③収入要件		⑧生活保護受給		適用	令和 年 月 日	課長	係長	担当	受付	
		④預貯金要件		⑨旧措置有無		期限	令和 年 月 日					
		⑤扶養要件		⑩添付書類								