様式第１号の２（第８条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（生活保護受給者用）
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

持参者氏名：　　続柄：　　Tel：

フリガナ		申請年月日	年　月　日
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　（　）		
利用者負担額軽減申請理由	生活保護受給のため		
居住費（滞在費）の種類	従来型個室（特養）（　）・従来型個室（老健）（　） ユニット型個室（　）・ユニット型個室的多床室（　）		

恵庭市長　様

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の減免対象の申請をします。

また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の市民税及び固定資産税の課税状況等について調査されることに同意します。同様に、保険者が必要と認めるときは、利用（予定）事業所等へ情報提供することに同意します。

申請者　住所　　電話番号（　）
氏名

＊申請書は本人又は同一世帯員
＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

入所（予定）日	年　月　日
入所（予定）事業所	
決定通知送付先	上記の事業所へ送付を（ 希望します ・ 希望しません ）

【恵庭市記入欄】

生活保護受給状況	生活保護受給の有無	あり・　なし			
	生活保護受給開始日	年　月　日			
決定区分	該当　・　非該当				
有効期間	年　月　日　～　年　月　日				
認定証交付年月日	年　月　日　未交付（理由：　）				
＜備　考＞					
上記のとおり決定してよろしいか伺います。 年　月　日	決裁	課長・主幹	主査	スタッフ	合議