

様式第1号（第4条関係）

フリガナ				介護保険 被保険者番号 (確認番号)	
受給者氏名 (被保険者)					
生年月日		年 月 日			
住 所		〒			
入所（入院） している 介護保険施設		（※入所（入院）していない場合は記入不要） 施設名称 所 在 地 電話番号			
利用者負担 軽減申請理由		（※いずれか選択） ☐ 生計困難者 ☐ 生活保護受給者 ☐ 特例措置対象者			
		氏 名		生年月日	生計中心者に ○をつけてください。
世帯 構 成	世帯主				
	世帯員				
(宛先) 千葉県佐倉市長 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減を受けたいので申請します。 年 月 日 住 所 〒 申請者 氏 名 電話番号					

交 付 年 月 日	備 考 (生計中心者の所得状況等を把握)
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日	
有 効 期 限	
年 月 日	