（第３号様式）

＜令和７年度＞

受　付　印

社会福祉法人による利用者負担軽減申請書

（　申　請　先　）　横　浜　市　長　　　　次のとおり申請します。

居宅介護（介護予防）支援事業者・サービス事業者に確認証の資格に関する情報を提供することに、以下の記名を以て同意します。

申請日	年	月	日

○ 被保険者以外の方が申請書を記入する場合、記入してください。

申請者	住　所	〒　　　－
	氏　名	電話　（　　　）

○被保険者の情報を記入してください。

被保険者	住　所	〒　　　－		
	（フリガナ）			
	氏　名	電話　（　　　）		
	介護保険被保険者番号			
	生年月日	明治　大正　昭和　　年	月	日

○被保険者の生活保護受給状況を記入してください。

生活保護受給状況	受給している　・　受給していない			
受給開始日	昭和　平成　令和	年	月	日

※担当課処理欄

状況調査	申請事由	□新　規　□更　新	□変　更（ 住所・区分 ）		□再発行
	介護保険料	□未　納　□納付済	税法上の被扶養者	□該　当	□非該当
	世帯課税状況	□課　税　□非課税	収入基準	□基準以上	□基準未満
	老齢福祉年金の有無	□あ　り　□な　し	資産基準	□基準超過	□基準以下
	要介護区分	事業 ・ 支１ ・ 支２ ・ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５		世帯構成員数	人
	認定有効期間	年　月	日から	年　月	日まで
決定内容	区分	１号　２号　３号	４号　５号	生活保護	非該当
	助成期間	年　月	日から	年　月	日まで