

総社市告示第 1 1 2 号

社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減に伴う助成要綱（平成 1 7 年総社市告示第 4 5 号）の一部を次のように改正する。

令和 7 年 1 2 月 1 9 日

総社市長 片 岡 聡 一

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）を当該移動様式に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

改 正 後	改 正 前
<u>様式第 1 号（第 5 条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第 1 号（第 5 条関係）</u> 略
<u>様式第 2 号（第 6 条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第 2 号（第 6 条関係）</u> 略
<u>様式第 3 号（第 6 条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第 3 号（第 6 条関係）</u> 略

附 則

この告示は、令和 8 年 2 月 2 4 日から施行する。

様式第 1 号（第 5 条関係）

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		生 年 月 日	
住 所	電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由			
総社市長 様			
上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者の確認申請をします。 なお、被保険者が属する世帯の者の市民税課税状況を閲覧することに同意します。			
年 月 日			
住 所			
申請者 氏 名			
電話番号			

	氏 名	生 年 月 日	受給者との続柄	生計中心者に○をつけてください。
世帯 構 成	世 帯 主			
	世 帯 員			

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	

年 月 日

様

総社市長 印

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象決定通知書

先に申請のありました，社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請については，下記のとおり決定したので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

決定年月日	年 月 日	
決 定 事 項		
1 承認する	適用年月日 年 月 日 （承認内容）	
	有効期限 年 月 日	
	確認番号	
2 承認しない	理 由	

様式第 3 号（第 6 条関係）

社 会 福 祉 法 人 等 利 用 者 負 担 軽 減 確 認 証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)							
交付年月日 年 月 日							
確 認 番 号							
受 給 者	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日 年 月 日						
介護保険被保険者番号							
適 用 年 月 日 年 月 日から							
有 効 期 限 年 月 日まで							
減 額 割 合							
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>総社市 印</div>						

(裏)

注意事項