

魚津市告示第120号

社会福祉法人等利用者負担額軽減事業補助金交付要綱の一部改正について

社会福祉法人等利用者負担額軽減事業補助金交付要綱（平成24年魚津市告示第133号）の一部を次のように改正する。

令和3年4月2日

魚津市長 村椿 晃

様式第1号、様式第3号及び様式第5号を次のように改める。



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交付申請書  
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

フリガナ 被保険者氏名	確認番号		
	被保険者番号		
	個人番号		
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			
	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		
<p>魚津市長 あて</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の減額対象の申請をします。 また、この申請の確認・審査のため、本人及び世帯員の個人に関する情報（資産等）の照会及び金融機関に対する預貯金額の調査に同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">（被保険者との続柄 ）</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>			

市 記入欄

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

様式第5号（第11条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書

魚津市長 あて

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒  電話番号		

\*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

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号															
	被保険者氏名		個人番号															
	生年月日	年 月 日																
	住所	〒  電話番号																

申請の理由	1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他（ ）
-------	--------------------------

## 附 則

### (施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行する。

### (経過措置)

2 この告示の施行の際、この告示による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。

3 この告示の施行の際、旧様式による用紙で現に残存するものは、当分の間所要の調整をして使用することができる。