

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書

(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	Ⓜ	被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	
住 所	(〒 -) 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由	1. 市民税非課税世帯であり、かつ所得などの要件が軽減対象者に該当すると思われるため 2. 軽減対象者に該当すると思われ、かつ老齢福祉年金受給者であるため		

		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

(あて先) 葦崎市長

上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象者の確認を申請します。

年 月 日

申請者 住所
氏名 電話番号

委任状

<本人>

氏名 Ⓜ

私は、下記の者にこの申請を委任します。

<代理人>

住所
氏名 (本人との関係)

市記入欄

交付年月日		確認番号		受 付	申請入力	決定入力
適用年月日						
有効期限						

本人確認	1点確認 (個 ・ 免 ・ 介 ・ 障 ・ その他())
	2点確認 (保 ・ 医 ・ 後 ・ 負 ・ 限 ・ 年 ・ その他())

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認収入等状況申告書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

年 月 日

(あて先) 蕪崎市長

住 所

氏 名

㊟

平成29年中の私及び私の属する世帯員全員の収入等について、次のとおり申告します。

1 私の所得状況

① 所得(年金を除く)

・なし ・あり (下記に記入してください)

区分 : 給与所得 事業(農業・小売業・サービス事業等)所得 不動産所得 その他所得

区 分	所得金額
	円
	円
	円
	計(①) 円

※内容の分かる書類(申告書・源泉徴収票等)のコピーを添付

② 年金収入等

・受給していない ・受給している (下記の種類に○印をして金額を記入してください)

年金の種類	年間受給額
国民年金 老齢福祉年金 厚生年金 共済年金	円
農業者年金 恩給 遺族年金 障害年金	円
その他()	円
	計(②) 円

※内容の分かる書類(公的年金等の源泉徴収票・振り込み口座の通帳等)のコピーを添付

③ その他収入(仕送り・援助金等・(施設への支払いを含む))

・なし ・あり (下記に記入してください)

氏 名	住 所	続柄	電話番号	年間総額
				円
				円
				計(③) 円

(ア) 私の収入合計①+②+③

円

2 私以外の世帯全員の所得・年金収入

氏名	前年中の所得(年金を除く)		前年中の年金収入	
	区分	金額	年金の種類	金額
		円		円
		円		円
		円		円
	(イ)私以外の世帯員の収入合計			円
	世帯全員の収入合計 (ア)+(イ)			円

3 私の預貯金等の状況

種類	有・無	預貯金先	預貯金額
普通預貯金	有・無		円
			円
定期預貯金	有・無		円
			円
有価証券・社内預金等	有・無		円
(ウ) 合計			円

4 私以外の世帯員の預貯金等の状況

種類	氏名	預貯金先	預貯金額
普通預貯金・定期預貯金			円
			円
			円
			円
有価証券・社内預金等			円
(エ) 合計			円

※3、4は預貯金通帳・証書類をコピーし、添付してください。

世帯全員の預貯金 合計 (ウ)+(エ)	円
------------------------	---

5 私の被扶養状況

① 個人市町村民税の扶養控除において

控除対象扶養親族と
なっている ⇒

扶養義務者		
氏名	住所	続柄
市町村民税の課税状況 (課税 ・ 非課税)		

控除対象扶養親族となっていない

② 健康保険などの医療保険において被扶養となっていますか

扶養親族と
なっている ⇒

扶養義務者		
氏名	住所	続柄
市町村民税の課税状況 (課税 ・ 非課税)		

扶養親族となっていない

※ 健康保険証(カード式の場合は本人のみ)をコピーしてください。

6 私及び私の属する世帯全員の住宅の用に供する家屋その他日常生活に必要な資産以外の資産の所有状況

- 所有している ()
 所有していない

7 介護保険料の納入状況

- 納入済である
 滞納している

《注意事項》

虚偽の申請その他不正な手段によりこの軽減を受けた場合は、軽減額の全部または一部を返還してもらうことがありますので、ご注意ください。

同意書

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減等の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯全員及び扶養義務者(以下「私等」という。)の収入又は資産の状況について、官公署に調査を委託し、若しくは金融機関、信託会社その他の機関又は私等の雇用主その他関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

(あて先) 蕪崎市長

(被保険者)

住 所

氏名 ㊟

(世帯員)

氏名 ㊟

氏名 ㊟

氏名 ㊟

氏名 ㊟

(扶養義務者)

住 所

氏名 ㊟

続柄

氏名 ㊟

続柄

※署名において児童・学生は除く

※施設入所者で、旧世帯がある場合旧世帯全員の署名をしてください