

社会福祉法人等利用者負担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)

(あて先)府中町長

令和 年 月 日

下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の申請をします。

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名					
性別	男・女	個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日				
〒 住所		電話番号 () -			
	氏名	生年月日	性別	備考	
世帯構成	世帯主	明・大・昭 年 月 日			
	世帯員	明・大・昭 年 月 日			
		明・大・昭 年 月 日			
		明・大・昭 年 月 日			
利用者負担額軽減申請理由	1. 住民税世帯非課税者 2. その他 ()				

※府中町記入欄

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	

受付印

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象確認の申請に際し、私及び私の属する世帯員の市町村民税の課税・非課税及び収入額又は資産所有の状況を課税台帳により調査・確認され、また、高齢福祉年金の受給状況を調査・確認されることに同意します。

入力

本人氏名： _____ ⑩
(本人氏名を代筆した場合)
代筆者氏名： _____
住 所： _____
本人との関係： _____
代筆理由： _____

(裏面も記入してください)

①世帯の収入状況等(年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えることに50万円を加算した額以下)

個人番号					合 計
氏 名					
続 柄	申請者				
生年月日	明・大・昭 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	
年 齢					
職業等					
ま で の 年 月 か ら の 年 状 月 況	年金収入等	() 円	() 円	() 円	() 円
	給与収入等	() 円	() 円	() 円	() 円
	事業収入等	() 円	() 円	() 円	() 円
	仕送り・その他	() 円	() 円	() 円	() 円
計	円	円	円	円	円

②預貯金等(預貯金の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下)

					合 計
株式等有価証券及び預貯金	円	円	円	円	円

③不動産等(居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない)

あなた又は世帯員は、居住用以外に処分可能な土地又は家屋を所有していますか。(該当する方に○印をしてください。)	います	いません
---	-----	------

④扶養状況(負担能力のある親族等に扶養されていない)

(1)あなたは、他の世帯に属する方の所得税又は市町村民税の扶養控除において、扶養親族となっていますか。(該当する方に○印をしてください。)	います	いません
(2)あなたは、他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、被扶養者となっていますか。(該当する方に○印をしてください。)	います	いません

⑤介護保険料の納付状況(介護保険料を滞納していない)

介護保険料に滞納がありますか。(該当する方に○印をしてください。)	あります	ありません
-----------------------------------	------	-------