

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制度)

新規・更新

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	電話番号		
利用者負担額 減免申請理由			
氏名		生年月日	性別
生計中心者に○をつけてください			
世帯構成	世帯主	明・大・昭 年 月 日	男・女
		明・大・昭 年 月 日	男・女
	世帯員	明・大・昭 年 月 日	男・女
		明・大・昭 年 月 日	男・女
<p>五泉市長様</p> <p>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の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p>			

五泉市記入欄

決定区分	備考		
承認・不承認	市民税 課税・非課税	扶養状況	有・無
交付年月日	世帯人数	人	有の場合 課税・非課税
年月日	収入状況 要件	円以下	保険料滞納 有・無
適用年月日	実際	円	利用者負担段階 第 段階
年月日から	預貯金等状況 要件	円以下	負担額認定証 有・無
有効期限	実際	円	生活保護受給 有・無
年月日まで	資産状況	有・無	境界層 該当・非該当

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請に係る収入等申出書

年 月 日

五泉市長 様

住 所

氏 名

このことにつきまして、下記のとおり申し出ます。

また、この申請のために必要があるときには、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、担当職員が関係する機関もしくは関係人に照会・報告を求めることに同意します。

申請者及びその世帯に属する全員について記入してください。

1 氏 名				
状 況		在宅・入所・入院	在宅・入所・入院	在宅・入所・入院
2 収入の有無		有・無	有・無	有・無
年金等 (年額)	<input type="checkbox"/> 国民・厚生年金	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 遺族年金	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 障害年金	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 恩給	円	円	円
	<input type="checkbox"/> ()	円	円	円
収入(農業・不動産・ 営業・給与・その他)		円	円	円
収入合計額		円	円	円
3 預貯金等の有無		有・無	有・無	有・無
預貯金		円	円	円
有価証券		円	円	円
その他()		円	円	円
4 資産状況の有無		有・無	有・無	有・無
※所有している土地、建物がある場合、該当するものに○を付けてください。				
土 地		宅地・田畑・山林・その他	宅地・田畑・山林・その他	宅地・田畑・山林・その他
建 物		家屋(居住以外)・その他	家屋(居住以外)・その他	家屋(居住以外)・その他
5 扶養状況の有無 (税金の申告、健康保険証等)		有・無	有・無	有・無
扶養者の住所				
扶養者の氏名				
6 介護保険料の滞納の有無		有・無	有・無	有・無

(裏面へ)