

第2号様式(第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

**記入例**

フリガナ		ニシノオモテ タロウ		確認番号	
被保険者名		西之表 太郎		被保険者番号	
個人番号					
生年月日		昭和 5年 1月 1日生		性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
住所		(郵便番号 891 - 3193 ) 西之表市西之表7612番地		電話番号 22-1111	
利用者負担額 軽減申請理由		(例)・年金が少なく生活が苦しいため。			
		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	西之表 太郎		S5.1.1	
	世帯員	西之表 花子		S5.2.1	
<p>西之表市長 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。また、本制度の適用条件に対する調査に協力し、関係人等に報告を求めることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 西之表市西之表7612番地</p> <p>申請者 氏名 西之表 太郎 電話番号 22-1111</p> <p>※被保険者本人の氏名を記載してください</p>					
市記入欄					
交付年月日		世帯市民税課税状況		適用条件	
年 月 日		課税・非課税		本人年間収入額 (円)	
適用年月日				の額 (円)	
年 月 日 から				資産状況 有 ・ 無	
有効期限				被扶養状況 有 ・ 無	
年 月 日 まで				保険料滞納 有 ・ 無	

# 同意書

西之表市長 殿

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

※被保険者本人の住所・氏名を記入してください。配偶者（同居・別居を問わず。内縁関係

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

※申請書を持って窓口に来た方の本人確認を行います。身元確認ができれば、個人番号の確認が出来ない場合も受け付けます。

また、同意書の押印は無くても受け付けますが、本人確認書類等の提示が出来ない場合は、印鑑を必ず押印してください。

## 市記入欄

市記入欄	個人番号の確認	確認書類
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input checked="" type="checkbox"/> 代理人 → <input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯の親族 (代理権 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 確認) <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員 (介護事業所の職員等)	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳
	<input checked="" type="checkbox"/> 提示が困難	<input type="checkbox"/> 離島割引カード
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
		<input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証
		<input type="checkbox"/> 年金手帳

# 収入等申告書

西之表市長 殿

## 記入例

私及び私の世帯員全員に係る収入、資産等については、以下に記載したとおり相違ありません。申告内容に虚偽の記載が認められた場合、軽減対象の承認を取り消されても異議はありません。

令和 年 月 日

※被保険者本人の氏名を記載

申請者氏名 西之表 太郎

◎ 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。また、「※」の欄は該当するものに○印をつけてください。記入にあたっては、用紙をよくお読みください。

1 氏名	西之表 太郎	西之表 ハナ	
被保険者番号	0001234567	0001234567	
生年月日	明・大 <b>昭</b> 16年 1月 17日	明・大・ <b>昭</b> 16年 1月 17日	明・大・昭 年 月 日
年齢	歳	歳	歳
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 ※	<b>有</b> ・無	<b>有</b> ・無	有・無
①年金など ※	<b>国民年金</b> ・厚生年金・共済年金 遺族年金・障害年金・老齢福祉年金 恩給・雇用保険・特別障害者手当 その他( )	<b>国民年金</b> ・厚生年金・共済年金 遺族年金・障害年金・老齢福祉年金 恩給・雇用保険・特別障害者手当 その他( )	国民年金・厚生年金・共済年金 遺族年金・障害年金・老齢福祉年金 恩給・雇用保険・特別障害者手当 その他( )
	年額 〇〇〇〇〇 円	年額 〇〇〇〇〇 円	年額 円
②その他 ※	給与収入・日雇収入・事業収入 家賃 <b>土地収入</b> ・仕送り・保険給付金 給与収入・日雇収入・事業収入	給与収入・日雇収入・事業収入 家賃・土地収入・ <b>仕送り</b> ・保険給付金 給与収入・日雇収入・事業収入	給与収入・日雇収入・事業収入 家賃・土地収入・仕送り・保険給付金 給与収入・日雇収入・事業収入
	年額 〇〇〇〇〇 円	年額 〇〇〇〇〇 円	年額 円
3 預貯金の有無 ※	<b>有</b> ・無	有・ <b>無</b>	有・無
①金融機関名	鹿児島銀行		
②支店名	種子島		
③口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		
④残高	〇〇〇〇〇 円	円	円
4 活用できる資産の有無 ※	<b>有</b> ・無	有・ <b>無</b>	有・無
①土地(居住用以外)	〔所在地〕 市・町・村	〔所在地〕 市・町・村	〔所在地〕 市・町・村
②家屋(居住用以外)	〔所在地〕 市・町・村	〔所在地〕 市・町・村	〔所在地〕 市・町・村
③その他 ※	有価証券(小切手、 <b>株券等</b> )・債券 その他( )	有価証券(小切手、株券等)・債券 その他( )	有価証券(小切手、株券等)・債券 その他( )

(裏面へつづく)

(裏面)

以下は申請者本人からみた各々の状況について回答してください。該当部分に○又は記入をしてください。

5 世帯外からの扶養状況			
扶 養 状 況	① 被扶養者本人(申請者)が市町村民税の配偶者控除、扶養控除等の対象となっていますか。 1. なっている <input type="radio"/> 2. <input checked="" type="radio"/> なっていない		
	② ①で「1.なっている」に○をつけた場合、その扶養者と同居していますか。 1. 同居している(被扶養者氏名: _____) 2. 同居していない		
	③ ②で「2.同居していない」に○をつけた方は、扶養者の氏名・生年月日・住所・続柄及び扶養者が市町村民税を課税されているかどうか記入してください。		
氏名		生年月日	明・大・昭
住所	〒 _____		
続柄		市町村民税課税状況 (該当する方に○を)	課税 ・ 非課税
健 康 保 険 加 入 状 況	① 加入されている医療保険の被保険者証の名義人はどなたになっていますか。 1. <input checked="" type="radio"/> 被保険者本人 2. それ以外の方		
	② ①で「2.それ以外の方」に○をつけた方は、名義人の氏名・生年月日・住所・続柄及び市町村民税を課税されているかどうか記入してください。		
	氏名		生年月日
住所	〒 _____		
続柄		市町村民税課税状況 (該当する方に○を)	課税 ・ 非課税

※注) 2～5の項目に関しては、世帯全員の収入等の状況がわかるもの(年金支払通知書、源泉徴収表、確定申告書等)

世帯全員の預貯金・資産等の状況がわかるもの(預貯金通帳・有価証券等)等、必要に応じてその写しを添付してください。

なお、各項目の欄が不足する場合は、この用紙をコピーするか、又は適当な用紙を継ぎ足して使用しても構いません。