

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)

フリガナ 被保険者氏名		確認番号													
		被保険者番号													
生年月日	年 月 日生	性別	男・女												
住所	〒 - 電話番号														
利用者負担額 軽減申請理由															
	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														
<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軽減の確認を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏 名</p>															

市記入欄

交付年月日	備 考		
	世帯市民税	適用条件	
年 月 日	課 税 ・ 非課税	本人年間収入額 (世帯合計収入額)	円 ( 円)
適用年月日		預貯金等の額 (世帯合計額)	円 ( 円)
令和 年 月 日 から		資 産 状 況	有 ・ 無
有効期限		被 扶 養 状 況	有 ・ 無
令和 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>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

## 市記入欄

	個人番号の確認	本人または代理人の身元確認書類	
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1点
<input type="checkbox"/> 代理人 → <input 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	2点	
<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"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 提示が困難		

# 収入等申告書

西之表市長 殿

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

申請者氏名

◎ 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			
被保険者番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	明・大・昭 年 月 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 ※	有・無	有・無	有・無
①年金など ※	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( )	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( )	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 円	年額 円	年額 円
②その他 ※	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	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	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 円	年額 円	年額 円
3 預貯金の有無 ※	有・無	有・無	有・無
①金融機関名			
②支店名			
③口座番号			
④残高	円	円	円
4 活用できる資産の有無 ※	有・無	有・無	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、株券等)・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 2. 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。			
健 康 保 険 加 入 状 況	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. 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	明・大・昭
健 康 保 険 加 入 状 況	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。