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）

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住　　所： 電話番号：　　（　　） 氏　　名： （本人との関係：　　）	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 （家族の場合記載不要） 被保険者 本人氏名　　㊞ （本人自署の場合は押印不要）

フリガナ			保険者番号		
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭　　年　月　日生		性　別	男　・　女	
住　　所	〒　　― 電話番号　　（　　）				
軽減申請事由	1 市町村民税世帯非課税であり、かつ所得等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○をつけてください
世帯構成	世帯主		年　月　日		
	世帯員		年　月　日		
			年　月　日		
			年　月　日		

身延町長　様　　平成　　年　　月　　日

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確認を申請します。

保険者記入欄

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認　　決定　　平成　　年　　月　　日

受　付	確認番号		承　認			
	交付年月日	年　月　日				
	適用年月日	年　月　日から	不承認			
	有効期限	年　月　日まで				

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認
収入等状況申告書

平成　　年　　月　　日

身延町長　様

申　請　者　住　所

（被保険者）氏　名　　㊞

平成２７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　私の所得等の状況

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・サービス業等）所得　不動産所得　その他所得

区分	所得額
	円
	円
	円
計（①）	

②年金収入等
受給していない　受給している（下記の種類に〇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　農業者年金	円
恩給　遺族年金　障害年金　その他（　　）	円
計（②）	円

③その他の収入（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・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・証書類をコピーして添付してください。

通帳のコピーは、平成２７年１月から１２月末までが分かるものを添付してください。

世帯全員の預貯金合計（ウ）＋（エ）	円

5　私の被扶養状況

①　人市町村民税の扶養控除において

□　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

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

※７５歳未満の方は健康保険証（カード式の場合は本人のみ）をコピーして添付してください。

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のため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、官公署に調査を嘱託し、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の関係人に報告を求めることに同意します。

平成　　年　　月　　日

身延町長　様

（被保険者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日

（扶養義務者）　※平成２８年１月１日現在の住所を記入してください。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自宅の電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯電話の番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（扶養義務者の世帯員）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※署名において児童・学生は除く
※施設入所者で、旧世帯がある場合は旧世帯全員の署名をしてください
※施設入所者の場合必ず扶養義務者（身元引受人）がいるはずですので記入漏れがないようにお願いします。