# 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)

私は、左記の者にこの申請を委任します。

代理	住	所:					委	(家族 <i>0</i>	)場合記載	不要)			
代理申請者	電話	番号:	(	)			任	被保険者	首				
育者	氏	名:					状	本人氏名	3				印
			(本人と	≥の関係:		)				(本人	.自署の場	合は押印	不要)
	フリカ	<b>ブナ</b>					保険	者番号			1 9	3 6	5 6
被保険者氏名		氏名					被保険者番号						
	生年月	日	明·大·昭	年	月	日	性	別		į	男 • 3	<b>t</b>	
	住	所	〒 −					電話番	号	(		)	
軽	減申請	事由	1 市町村民税2 軽減対象者					要件が軽洞	対象者に	該当する			
				氏名				生年月日			性別	生計中心	
	#	措主						:	年 月	日	男·女		
世 帯								;	年 月	日	男·女		
構 成	±	措員						:	年 月	日	男·女		
								:	年 月	日	男・女		
	身延		様 リ、社会福祉法 <i>人</i>	、等による和	用者負	担額の	軽減対	象の確認		う和 Eす。	年	月	日

#### 保険者記入欄

本人申請の場合記載不要

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認			決!	定				令	和	年	月	日		
	受 付	確認番号					承認							
		交付年月日		年	月	日	承	ĒίČ						
		適用年月日		年	月	日から	不承認	不妥詞						
		有効期限		年	月	日まで								

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。

令和	年	月	日					
様								
	住所							
		氏名						印
		<u>生年</u>	月日	大·昭	年	月	日	
黃)		<u>※本年</u>	1月1	<u>日現在の住所</u> を言	己入してく	<b>ください。</b>		
	住所							
		氏名						印
		<u>生年</u>	月日	大・昭・平	年	月	日	
		<u>続柄</u>						
		<u>自宅の</u>	電話番	号				
		携帯電	話の番	号				
音の世帯員)		氏名						印
		<u>生年</u> J	月日	大・昭・平	年	月	日	
		<u>続柄</u>						
		氏名						印
		<u>生年</u>	月日	大・昭・平	年	月	日	
		<u>続柄</u>						
	様	様 <u>住所</u>	様 住所 氏名 生年	様 (住所 氏名 生年月日 ※本年1月1 (住所 氏名 生年月日 ・続柄 自宅の電話番 携帯電話の番 氏名 生年月日 ・続柄 自宅の番 氏名 生年月日 ・続柄 に名 生年月日 ・続柄 に名 生年月日	様	住所   氏名   生年月日   大・昭   年   (   大・昭   年   大・昭   年   (   ※本年1月1日現在の住所を記入してくばけん。   住所   氏名   生年月日   大・昭・平   年   (   続柄   自宅の電話番号   携帯電話の番号   氏名   生年月日   大・昭・平   年   (   続柄   氏名   生年月日   大・昭・平   年   (   続柄   氏名   生年月日   大・昭・平   年   (   続柄   氏名   生年月日   大・昭・平   年   (   株柄   氏名   生年月日   大・昭・平   年   (	様       氏名       生年月日 大・昭 年 月       近日       氏名       生年月日 大・昭・平 年 月       抗病       近日       近日	住所       氏名       生年月日 大・昭 年 月 日       広名       生年月日 大・昭・平 年 月 日       振帯電話の番号       近日       佐名       生年月日 大・昭・平 年 月 日       続柄       氏名       生年月日 大・昭・平 年 月 日       続柄       氏名       生年月日 大・昭・平 年 月 日       続柄       氏名       生年月日 大・昭・平 年 月 日

<sup>※</sup>署名において児童・学生は除く

<sup>※</sup>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

<sup>※</sup>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。

# 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

令和 年 月 日

身延町長 様

申請者住所

(被保険者) 氏 名

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

	SICON MITO I SMEMIO
区分	所得額
	П
	H
	P
	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O印をして金額を記入してください)

年金の種類 国民年金 老齢福祉年金 厚生年金 共済年金 農業者年金 恩給 遺族年金 障害年金 労災年金 その他(

年間受給額	
	円
	円
	円

**(1)** 

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

)

計(2)

#### 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			
<b>八</b> 石	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 7	私の預貯金等の状況							
	種類	有無	Ħ	預貯金	金先	預貯金額		
	普通預貯金	有・無	<b>.</b>				円	
	日地(規) 並	79 7 #	#				円	
		<del>_</del> _ 4					円	
	定期預貯金	有・無	#				円	
	有価証券、 社内預金 等	有·無	Ħ				円	
				(ウ)	合 計		円	
4 7	私以外の世帯員の預貯金	等の状況	Į					
	種類		氏名		預貯金先	預貯金額		
							円	
	┃ 普通・定期預貯金						円	
	百四· 足别限打立 						円	
							円	
	有価証券・社内預金等	<b>等</b>					円	
		•		(工)	合 計		円	
			_		н н			
<b>※</b> 3,	4は預貯金通帳・証書	類をコヒ	ピーして添付して	てください <u>。</u>				
					世帯全員の預貯金		円	
				f	計(ウ)+(エ)		П	
5 7	私の被扶養状況							
	市町村民税の扶養控除に	こおいて						
O	111000000000000000000000000000000000000	001	扶養義務者					
	□ 扶養親族となってい	いる⇒		名		 所	続柄	
				   市町村民税の課税状況( 課税 ・ 非				
	□ 扶養親族となってし	17511		门川川介江大村元	/赤代八八八 ( 赤代九 ・	非課税		
	□ 休食机族となって	' <i>'</i> &''						
<b>(2)</b>	<b>海南伊岭からの医療伊</b>	今  - + \  、	<del>で加</del> 井羊 し <i>も</i> ゝ -	ナハナナム				
2	健康保険などの医療保障	吹におい		ここいますか				
	□ 扶養親族となってし	\ Z →	扶養義務者 氏	Ø		7C	続柄	
	□ 扶養親族となってし	າ⊘⊸	民	4	1生	ולק	初元作分	
				市町村民税の	)課税状況( 課税 ・	非課税		
	□ 扶養親族となってい							
;	※75歳未満の方は健康	保険証	(カード式の場合	合は本人のみ)	をコピーして添付して	てください。		
	私及び私の属する世帯全	員の、住	宅の用に供する	る家屋その他日	1常生活のために必要な	で資産以外の資産の	<b>听有状況</b>	
	コ 所有している。( コ 所有していない						)	
L	コ 所有していない。							
7 :	介護保険料の納入状況							
	プログライン からない かん							
[	コ 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。