

様式第2号（第9条関係）

社会福祉法人等利用者負担額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)

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			生年月日	年 月 日									
住 所		〒 ー 電話番号											
		氏 名	生年月日	続柄	年間収入額								
世帯構成	世 帯 主				円								
	世 帯 員				円								
					円								
					円								
(あて先) 胎内市長 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象の確認を申請します。 年 月 日 〒 ー 住 所 申 請 者 氏 名 電話番号													

私の世帯の収入及び資産状況等は、別添「収入・資産等申告書」のとおりです。
軽減対象確認のため調査の必要があるときは、世帯の市民税課税状況、収入状況等について調査することに同意します。
また、軽減対象者として認定された場合、認定者名、被保険者番号等を居宅介護支援事業者及びサービス提供事業者提供することに同意します。

本人又は家族等氏名（自署）
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	市町村民税	課税（激変緩和 対象・対象外）・非課税		
適用年月日	有価証券・債権等	有・無（	円相当）	
年 月 日から	老齢福祉年金受給	有・無	活用できる資産	有・無
有効期限	境界層	該当・非該当	扶養状況	有・無
年 月 日まで	世帯人数（	）人	保険料滞納	有・無
	世帯年間収入額（	）	世帯預貯金額（	）
	(決定事項)			
	1 承認する（減額割合	／100）	2 承認しない	

収入・資産等申告書

1 働いて得た収入

氏 名	申請者との 続 柄	前年年間収入額
		円
		円
		円

2 年金・恩給等による収入

受 給 者 名	申請者との 続 柄	種 類 (該 当 項 目 に ○)	前年年間収入額
		老齢年金・遺族年金 障害年金・恩給 その他()	円
		老齢年金・遺族年金 障害年金・恩給 その他()	円
		老齢年金・遺族年金 障害年金・恩給 その他()	円
		老齢年金・遺族年金 障害年金・恩給 その他()	円

3 仕送りによる収入

仕 送 り 者 氏 名	申請者との 続 柄	仕 送 り 者 住 所	前年年間仕送り額
			円
			円

4 上記以外の収入

内 容	前年年間収入額
	円
	円
	円

5 扶養状況

税法上の扶養控除において、被扶養者となっていますか。(どちらかを○で囲んでください)

・ なっている

扶養者 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

・ なっていない

6 現金(申請時点)

世帯の合計額	円
--------	---

7 預貯金・有価証券等(申請時点)

氏名	申請者との 続柄	申請時点残高
		円
		円
		円

有価証券の種類	評価額
	円
	円

※評価額は一般公開された市場がある場合には申請日時点での市場価格を、その他の場合は額面を記入してください。

8 日常生活のために必要な資産以外に所有している活用できる資産

	所有者氏名	申請者との 続柄	土地	建物
不動産			m ²	m ²
			m ²	m ²
			m ²	m ²

	所有者氏名	申請者との 続柄	
その他			円
			円

(注意事項)

- (1) 「前年年間」とは、 年1月1日から 年12月31日までの1年間です。
収入には非課税のものも含まれます。
- (2) 1～4の収入要件には、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し、振り込まれた収入が記載された通帳の写し等収入を証明する書類を添付してください。
- (3) 7の預貯金額には、預金通帳の写し(申請日にできるだけ近い日に記帳)を添付してください。
- (4) 記入欄が足りない場合は、余白に記入又は別紙に記入のうえ添付してください。