

別記第1号様式

(表面)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ					被保険者番号			
被保険者氏名					個人番号			
生年月日	年 月 日			性別	男 ・ 女			
住 所	〒 電話番号 ()							
利用サービス	1 特別養護老人ホーム(旧措置入所者への該当)				該当・非該当)			
	2 在宅サービス(訪問介護の経過措置への該当)				該当・非該当)			
申請理由								
	氏 名	生年月日	性別	市町村民税課税の有無				
世帯構成	世帯主			有 ・ 無				
	世帯員			有 ・ 無				
				有 ・ 無				
				有 ・ 無				
<p>厚 岸 町 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確認について申請します。</p> <p>なお、この申請書の内容を審査するため、町担当者が、私を含む世帯全員の市町村民税課税状況等について、町関係当局に確認することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号 ()</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>								

注：裏面に確認する内容や添付書類について記載されていますので記入して下さい。

※町記入欄

交付年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
世帯の課税状況	

(裏面)

1 収入のある世帯員全員について記入してください。(市町村確認欄は記入不要)

氏名

収入の種類	金額(年額)	市町村確認欄
老齢・退職年金、恩給	円	円
障害年金		
遺族(寡婦)年金		
労災補償保険等		
給与収入		
事業所得 ()		
その他収入()		
合 計		

氏名

収入の種類	金額(年額)	市町村確認欄
老齢・退職年金、恩給	円	円
障害年金		
遺族(寡婦)年金		
労災補償保険等		
給与収入		
事業所得 ()		
その他収入()		
合 計		

氏名

収入の種類	金額(年額)	市町村確認欄
老齢・退職年金、恩給	円	円
障害年金		
遺族(寡婦)年金		
労災補償保険等		
給与収入		
事業所得 ()		
その他収入()		
合 計		

氏名

収入の種類	金額(年額)	市町村確認欄
老齢・退職年金、恩給	円	円
障害年金		
遺族(寡婦)年金		
労災補償保険等		
給与収入		
事業所得 ()		
その他収入()		
合 計		

氏名

収入の種類	金額(年額)	市町村確認欄
老齢・退職年金、恩給	円	円
障害年金		
遺族(寡婦)年金		
労災補償保険等		
給与収入		
事業所得 ()		
その他収入()		
合 計		

氏名

収入の種類	金額(年額)	市町村確認欄
老齢・退職年金、恩給	円	円
障害年金		
遺族(寡婦)年金		
労災補償保険等		
給与収入		
事業所得 ()		
その他収入()		
合 計		

2 預貯金等について

世帯全員の預貯金の残高、その他有価証券、債権等の額を確認できる書類(写)を添付してください。

3 日常生活に供する資産以外の有無について(現在居住している土地・家屋以外の不動産など)

有・無 (どちらかに○を書いてください。)

有の場合はその種類と所在地などを記入してください。

種 類()

所在地等()

4 親族等による扶養の状況について(いずれかに○を付けてください。)

- ・市町村民税の控除対象者になっている。
- ・医療保険の被扶養者になっている。
- ・親族等に扶養されていない。

5 介護保険料の滞納の有無。

有・無