

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日			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)										
利用者負担額 減免申請理由											
世帯構成	世帯主	氏名	続柄	年間収入	預貯金額	日常生活に供する 資産以外に活用で きる資産の有無	扶養関係(世帯員 以外の者に扶養 されている時は その氏名)	医療 保 険			
	世帯員										
申本町長 様 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。 この申請書の記載内容及び添付書類は事実と相違ありません。また、軽減対象の確認のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入状況その他の必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号											

申請者（被保険者）以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名（事業所の場合は事業所名及び担当者名）	連絡先（自宅・勤務先）
提出者住所（事業所の場合は所在地） 〒	本人との関係

添付文書

- ・ 町外に居住している方がある場合年間収入がわかる書類（非課税証明書）
- ・ 預貯金等の残高がわかる書類（預金通帳の写し・有価証券等の保有状況がわかるもの等）
- ・ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無がわかる書類（固定資産税納税通知書等）
- ・ 扶養状況がわかる書類（源泉徴収票の写し、確定申告書の写し等）

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
有効期限	
年 月 日から	
年 月 日まで	