

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)

記入例

フリガナ	クシモト タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
被保険者氏名	串本 太郎												
生年月日	S〇〇.△△.□□		性別	男・女									
住所	串本町串本1800												
利用サービス	1 特別養護老人ホーム(旧措置入所者) 2 在宅サービス(訪問介護の経過措置)												
利用者負担額減免申請理由	年金収入のみで所得が少ないため												
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						
	串本太郎	本人	1,200,000	2,000,000	無		後期高齢						
世帯員	串本花子	妻	700,000	1,300,000	無		国保						
課税年金、非課税年金(遺族年金、障害年金等)、給与、営業、恩給、弔慰金、給付金、家族からの仕送り等、すべての収入の合計額を記入してください。													
遠方の家族が税の扶養控除対象者として申告している場合も、扶養されているとみなします。													
要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入は、公簿により調査することに同意します。													
H28年 8月 1日 申請者 住所 串本町串本1800 氏名 串本 太郎 (印) 電話番号 62-0562													

すべての預貯金等の合計額を記入してください。確認書類としてすべての通帳、証書等のコピーを添付してください。

課税年金、非課税年金(遺族年金、障害年金等)、給与、営業、恩給、弔慰金、給付金、家族からの仕送り等、すべての収入の合計額を記入してください。

遠方の家族が税の扶養控除対象者として申告している場合も、扶養されているとみなします。

被保険者本人または同じ世帯の親族の方が記入、押印してください。

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)
古座 海子	72-0081
提出者住所(事業所の場合は所在地)	本人との関係
〒649-4192 串本町西向359	長女

- 添付文書
- ・ 町外に居住している方がいる場合年間収入
 - ・ 預貯金等の残高がわかる書類(預金通帳の)
 - ・ 日常生活に供する資産以外に活用できる資
 - ・ 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)

申請書や添付書類の内容等について、お問い合わせする場合がありますので、申請者以外の方が提出する場合は必ず記入してください。

交付年月日	備考
年月日	
有効期限	
年月日から	
年月日まで	