

記入例

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制度)

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住所: 電話番号: () 氏名: (本人との関係:)	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) 被保険者 本人氏名 (本人自署の場合は押印不要)			
フリガナ	ホクト ハナコ	保険者番号	1 9 2 0 9 6			
被保険者氏名	北杜 花子	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			
		被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0			
生年月日	明・大・昭 □□年□月□□日生	性別	男・女			
住所	〒408-□□□□ 北杜市○○町○○□□□番地 電話番号 0551(○○)○○○○					
軽減申請事由	1 市民税が世帯非課税であり、かつ所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため 2 軽減対象者に該当すると思われ、かつ高齢福祉年金受給者であるため					
世帯構成	氏名	個人番号	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい	
	世帯主	北杜 花子	123456789123	昭和□年□月□日	女	○
	世帯員					
扶養義務者						
北杜市長 殿 令和 ●年 ●月 ●日 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。						

保険者記載欄

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	決裁欄		
	交付年月日	令和 年 月 日		担当	リーダー	課長
	適用年月日	令和 年 月 日から	不承認			
	有効期限	令和 年 月 日まで				

【 裏面 保険者記載欄 】

身元確認	代理権確認	個人番号確認
<input type="checkbox"/> 個人番号ガード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()

3 私の預貯金等の状況

種類	有 無	預貯金先	預貯金額
普通預貯金	有・無	□□銀行	1,500,000円
			円
定期預貯金	有・無		円
			円
有価証券・社内預金等			円
		(ウ) 合計	1,500,000円

4 私以外の世帯員の預貯金等の状況

種類	氏名	預貯金先	預貯金額
普通・定期預貯金			円
			円
			円
			円
有価証券・社内預金等			円
		(エ) 合計	円

※3, 4は預貯金通帳・証書類をコピーして添付して下さい。

世帯全員の預貯金 合計(ウ) + (エ)	1,500,000円
-------------------------	------------

5 私の被扶養状況

①個人市町村民税の扶養控除において

扶養親族となっている→

扶養義務者		
氏名	住所	続柄
市町村民税課税状況(課税・非課税)		

扶養親族となっていない

②健康保険などの医療保険において被扶養となっていますか

扶養親族となっている→

扶養義務者		
氏名	住所	続柄
市町村民税課税状況(課税・非課税)		

扶養親族となっていない

※健康保険証(カード式の場合は本人のみ)をコピーして下さい。

6 私及び私の属する世帯全員の、住宅の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外の資産の所有状況

居住用以外に活用できる土地や家屋等を

- 所有している。(種類)
- 所有していない。

7 介護保険料の納入状況

- 納入済みである。
- 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下さい。

記入例

同意書

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(旧世帯を含む)全員及び主たる扶養義務者(以下「私等」という。)の収入または資産の状況について、官公署に調査を委嘱し、若しくは金融機関、信託会社その他の期間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

北杜市長 殿

(被保険者)

住 所 北杜市〇〇町〇〇 □□□番地

氏 名 北杜 花子 (印)

(世帯員)

氏 名 (印)

氏 名 (印)

氏 名 (印)

氏 名 (印)

(扶養義務者)

住 所

氏 名 (印)

続柄

氏 名 (印)

続柄

※署名において児童・学生は除く

※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下さい