別記様式第２号（第６条関係）

(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  被保険者氏名 | |  | 確認番号 | |  | | | | | | | | | | | |
|  |
| 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | 性　別 | 男　 　・　 　女 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | （〒　　　－　　　　）　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用サービスの確認 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏　　　　　名 | 生年月日 | | | | | 性別 | | | 市民税課税の有無 | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  | | | | |  | | | 有・無 | | | | | |
| 世帯員 |  |  | | | | |  | | | 有・無 | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | 有・無 | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | 有・無 | | | | | |
| 赤平市長　　　　　　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について申請します。  なお，この申請書の内容を審査するため，被保険者及びその世帯員の課税状況等について調査すること，並びに本申請に係る決定事項を軽減法人等に通知することに同意します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住所  　申請者　　氏名  　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |

赤平市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　考 |
| 年　 月　 日 | (世帯の所得状況等を把握) |
| 適用年月日 |
| 年　 月　 日から |
| 有効期限 |
| 年　 月　 日まで |

（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。（確認欄は記入不要）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | |  | 氏名 | | |
| 収入の種類 | 金額(年額) | 確認欄 |  | 収入の種類 | 金額(年額) | 確認欄 |
| 老齢・退職年金，恩給 | 円 | 円 | 老齢・退職年金，恩給 | 円 | 円 |
| 障害年金 |  |  | 障害年金 |  |  |
| 遺族(寡婦)年金 |  |  | 遺族(寡婦)年金 |  |  |
| 労災補償保険等 |  |  | 労災補償保険等 |  |  |
| 給与収入 |  |  | 給与収入 |  |  |
| 事業所得　(　　　) |  |  | 事業所得　(　　　) |  |  |
| その他収入(　　　) |  |  | その他収入(　　　) |  |  |
| 合計 |  |  | 合計 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | |  | 氏名 | | |
| 収入の種類 | 金額(年額) | 確認欄 |  | 収入の種類 | 金額(年額) | 確認欄 |
| 老齢・退職年金，恩給 | 円 | 円 | 老齢・退職年金，恩給 | 円 | 円 |
| 障害年金 |  |  | 障害年金 |  |  |
| 遺族(寡婦)年金 |  |  | 遺族(寡婦)年金 |  |  |
| 労災補償保険等 |  |  | 労災補償保険等 |  |  |
| 給与収入 |  |  | 給与収入 |  |  |
| 事業所得　(　　　) |  |  | 事業所得　(　　　) |  |  |
| その他収入(　　　) |  |  | その他収入(　　　) |  |  |
| 合計 |  |  | 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。 ６　特定入所者介護（予防）サービス費支給対象者の有無。

　　有・無 有・無