

様式第2号 (第8条第1項関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

フリガナ			確認番号			
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
住所	〒		電話番号			
利用者負担額軽減申請理由 (該当するものすべてに○をつけてください。)	1 市町村民税世帯非課税であって、年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下である。 2 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下である。 3 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない。 4 負担能力のある親族等に扶養されていない。 5 介護保険料を滞納していない。					
	氏名	生年月日	性別	収入の種類	収入額	生計中心者
世帯構成	世帯主				円	
	世帯員				円	
申請者と上記世帯員に係る資産の状況						
(1) 預貯金等						
預貯金	預貯金先	口座名	義人	預貯金額		
				円		
有価証券	有・無	種類	額面			
			円			
(2) 資産等		延面積	所有者氏名	所在地		
土地	(1) 宅地	有・無				
	(2) 田畑その他	有・無				
建物	(1) 居住用の持家	有・無				
	(2) その他	有・無				
その他の資産		有・無				
余市町長 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。 また、この申請に関して余市町長が必要とするときは、私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の 所得状況等について調査することに同意します。 年 月 日 住所 氏名 電話番号						

余市町記入欄

交付年月日	備 考					
年月日						
適用年月日	判定内容					
年月日から	市町村民税課税(世帯)	課税・非課税・未確定・未申告				
有効期限	生活保護受給有無	有・無				
年月日まで	年間収入	世帯員	人	円		
	預貯金等の額	世帯員	人	円		
	日常生活に供する資産以外に活用できる資産	有・無				
	親族等からの扶養	有・無				
	介護保険料の滞納	有・無				
	高齢福祉年金受給	有・無				