

様式第1号（第7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
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

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		性別	男 ・ 女		
住 所	〒		電話番号			
利用者負担額 軽減申請理由						
		氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください。	
世帯 構 成	世帯主					
	世帯員					
<p>大空町長 様</p> <p>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申請をします。</p> <p>なお、この申請書の内容を審査するため、町担当者が、私を含む世帯全員の市町村民税課税状況等について、町関係課に確認することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 ⑩</p> <p>電話番号</p>						

注：裏面に確認する内容や添付書類について記載されていますのでご確認ください。

※大空町記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(生計中心者の課税状況)
適 用 年 月 日	
年 月 日から	
有 効 期 限	
年 月 日まで	

(裏面)

1 世帯全員の収入状況

世帯員の氏名	収入の種類	収入年額 (円)	市町村民税
1			課税・非課税
2			課税・非課税
3			課税・非課税
4			課税・非課税
5			課税・非課税
6			課税・非課税

市町村民税非課税世帯要件	該当 ・ 非該当
--------------	----------

2 対象者の収入基準額

世帯人数	1人	2人	3人	人
限度額	150万円	200万円	250万円	万円
対象世帯収入額				

収入要件
該当・非該当

3 対象者の預貯金等基準額

世帯人数	1人	2人	3人	人
限度額	350万円	450万円	550万円	万円
対象世帯預貯金額				

預貯金等要件
該当・非該当

※通帳・証書等の写しを添付すること

4 資産等の状況

所有者氏名	種類	物件の所在地	用途	資産の活用

資産等要件
該当 ・ 非該当

5 親族等による扶養状況

	扶養の有無	扶養者氏名	続柄
市町村民税的扶養	有 ・ 無		
医療保険的扶養	有 ・ 無		

扶養者要件
該当・非該当

6 介護保険料の滞納の有無

有・無	(有の場合滞納額: _____ 円)	滞納要件	該当・非該当
-----	--------------------	------	--------

※大空町記入欄

総合判定	該当 ・ 非該当
------	----------