

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)

年 月 日

(あて先) 南魚沼市長

次のとおり関係書類を添えて、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。

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		
住 所	電話番号		
利用者負担額軽減申請理由 (1または2に○をつける)	1 世帯全員が市民税非課税で、次の①～⑤のすべてを満たす。 ① 世帯の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 世帯の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 世帯がその居住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に利用し得る資産を所有していない。 ④ 負担能力のある親族等に扶養されていない。 ⑤ 介護保険料の滞納がない。 2 生活保護受給者		
氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけてください	
世帯構成	世帯主	明・大・昭・平 年 月 日	
	世帯員	明・大・昭・平・令 年 月 日	
		明・大・昭・平・令 年 月 日	
		明・大・昭・平・令 年 月 日	

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	日中連絡がつく電話番号
申請者住所	本人との関係

【市記入欄】

交付年月日	確認要件	確認欄	備 考
年 月 日	①収 入		
適用年月日	②預貯金等		
年 月 日から	③資 産		
有効期限	④扶 養		
年 月 日まで	⑤滞 納		

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認に係る申告書

標記の申請にあたり、次のとおり申告します。

なお、軽減対象の確認に必要なときは、私の世帯の収入および資産状況等について、関係機関に報告を求めることに同意します。

同意欄	(署名)
-----	------

		金 額			
		本 人	家族(世帯員)	合 計	
収入 (令和4年1月～12月分)	年金・恩給等の収入	円	円	円	
	不動産収入 ()	円	円	円	
	利子・配当収入	円	円	円	
	給与収入	円	円	円	
	その他 ()	円	円	円	
	合 計	円	円	円	
預貯金等 (申請時点)	預貯金	普通	円	円	円
		定期	円	円	円
	有価証券	円	円	円	
	その他 ()	円	円	円	
	合 計	円	円	円	
以下の欄は、該当する一方に「○」をつけてください。					
日常生活のために必要な資産以外の資産の有無		あり	なし		
負担能力のある親族等からの扶養の有無 (税金の控除対象者・医療保険の被扶養者等)		あり	なし		
介護保険料の滞納の有無		あり	なし		

※ 収入、預貯金等を証する書類又はその写しを添付してください。

※ 虚偽の申告等をしたときは、軽減を受けた額の全額又は一部を返還していただく場合があります。

※ 記入欄が足りない場合、余白に記入するか、又は別紙に記入のうえ添付してください。