

(様式第1号)

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措置)

フリガナ		確認番号							
被保険者氏名		被保険者番号	2	2	0	0	0		
生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話 () -								
利用者負担額 減額申請理由	※状況を具体的に記入								
加西市長 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を申請します。 尚、私及び私の世帯員の収入等の状況を、次のとおり申告します。 年 月 日 〒 住所 電話 () - 申請者 氏名 被保険者との続柄 ()									

尚、軽減対象確認のために必要がある場合には、加西市が私及び私の世帯員の収入状況及びその他の必要事項について調査することに同意します。

本人同意欄 _____

あなたの世帯の収入・預貯金・固定資産・扶養について記入してください。

○ 世帯収入状況 (世帯員全員の収入額について記載してください。)

	氏名	被保険者との関係	生年月日	前年中収入金額
その 被 保 険 者 及 び 世 帯 員				円
				円
				円
				円
				円

※ 給与収入、年金収入 (遺族、障害年金等も含む)、仕送り等すべての収入について記入してください。
事業については、所得 (収入-必要経費) を記入してください。

(裏面へ続く)

○ 預貯金等の状況（世帯員全員の預貯金額について記載してください。）

被 保 険 者 及 び そ の 属 す る 世 帯 員	氏 名	預貯金等の額
		円
		円
		円
		円
		円

※ 預貯金には、有価証券も含まれます。有価証券の額については、一般に公開された市場がある場合には申請日時点の市場価格を、その他の場合は額面を記入してください。

○ 固定資産の状況（世帯員全員の所有資産について記載してください。）

種別	所有	面積等	所有者氏名	所在地または内容
土 地	居住用	有・無	m ²	
	田・畑	有・無	m ²	
	山林・その他	有・無	m ²	
家 屋	居住用	有・無	m ²	
	その他	有・無	m ²	

※ 居住用以外の土地・家屋を所有する場合には、「土地 山林・その他」欄に記入し、「所在地または内容」欄に「〇〇市〇〇町（駐車場）」等とご記入ください。

○ 扶養の状況（いずれかに□をつけてください。尚、扶養者がある場合はその方の住所氏名を記載してください。他世帯に属する住民税課税者の扶養控除において、

扶養親族となっている。
扶養者 住 所

氏 名 申請者との続柄（ ）

扶養親族となっていない。

他世帯に属する住民税課税者の医療保険（健康保険）において、

被扶養者となっている。
扶養者 住 所

氏 名 申請者との続柄（ ）

被扶養者となっていない。

加西市記入欄（注意…申請される方は、以下の欄には記入しないでください。）

決 定 欄	決定事項	住 民 税	課税 ・ 非課税
		高齢福祉年金受給状況	有 ・ 無
交付年月日	旧措置入所者	該当 ・ 非該当	
年 月 日交付	障害者ホームヘルプサービス措置	該当 ・ 非該当	
適用年月日	世帯総収入額	円	
年 月 日から	預貯金等の額	円	
有効期限	資産の保有	有 ・ 無	
年 月 日まで	扶養の有無	有 ・ 無	
	介護保険料の滞納の有無	有 ・ 無	