

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		被保険者番号												
			生 年 月 日	年 月 日										
住 所	電話番号													
備 考														

水戸市長 様

前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。

年 月 日

〒

住所

申請者

電話番号

氏名

		氏 名	生 年 月 日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世 帯 主				
	世 帯 員				

市町村記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	（生計中心者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	

収 入 等 申 告 書

世帯の年間収入（世帯員全員の所得証明書その他収入を証する書類（源泉徴収票，年金支払通知書及び確定申告書の写しを含む。ただし，確認申請が，１月から７月中の場合は，前々年の収入を，８月から１２月中の場合は，前年の収入とする。）を添付してください。）	年額	円
世帯員全員の所持金の合算額（所持金について申告してください。）		円
世帯員全員の預貯金，有価証券，債券等の総額（通帳，証書の写し等を添付してください。）		円
日常生活に供する資産以外に活用できる資産の所有状況（世帯員全員について該当するものに○を記載してください。）	所有している	・ 所有していない
扶養の状況（被保険者が負担能力のある親族等からの扶養されているか該当するものに○を記載してください。）	扶養されている	・ 扶養されていない
世帯員全員の介護保険料（６５歳未満の方については，医療保険料等）の納付状況（該当するものに○を記載してください。）	滞納していない	・ 滞納している

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金金額・評価概算額等
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[支店]	円
		[支店]	円
		[支店]	円
有価証券等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

上記の申告に相違ないことを証します。なお，申告に誤りがあった場合は，社会福祉法人等利用者負担軽減対象認定が取消されることがあっても異議ありません。

また，社会福祉法人等利用者負担軽減対象認定のために必要があるときは，官公署，年金保険者又は銀行，信託会社その他の機関に私及び世帯員の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について，照会することに同意します。

年 月 日

被保険者署名捺印欄 _____ (印)

※被保険者本人による署名の場合は，捺印を省略できます。