

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減免措置)

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	〒					
利用者負担額 減免申請理由	電話番号					
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい		
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
<p align="center">美祢市長様</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、交付要件確認のため、私の世帯及び課税等の状況を調査することに同意します。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>						

市確認欄

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	<input type="checkbox"/> 年間収入(単身世帯)が150万円(1人増ごと50万円加算)以下か。
年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 預貯金等が(単身)350万円(1人増ごと100万円加算)以下か。 <input type="checkbox"/> 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないか。
有効期限	<input type="checkbox"/> 負担能力のある親族等に扶養されていないか。
年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していないか。

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認収入等申告書

年 月 日

美祢市長 様

被保険者 住所 _____
氏名 _____ 印

私及び、世帯の収入状況及び現在保有している資産の状況は、下記のとおり相違ありません。

1. 世帯全員の年間収入(前年の1～12月分。ただし1～7月に新たに申請する場合は、前々年の1～12月分)

- ・保険料の天引きや各種の控除がなされる前の収入を記入してください
- ・収入の種類は右の一覧の中から該当する番号又は内容を記入してください

氏名	続柄	収入の種類	収入額	【収入の種類】 ①老齢年金 ②障害年金 ③遺族年金 ④寡婦年金 ⑤給与収入 ⑥事業収入 ⑦仕送り(下の「2. 扶養状況」の欄で「あなたに仕送りをしている方」が「いる」場合に記入) ⑧その他(左の「収入の種類欄」に具体的な内容を記入してください)
			円	
			円	
			円	
合計			円	

2. あなたの扶養状況

どちらか選択してください	「いる」の場合、その人(扶養者)について下の欄に記入してください		
	住所	氏名	住民税の状況
会社からあなたの扶養手当をもらっている人はいますか	いる・いない		課税・非課税
税金の申告で、あなたを扶養にしている人はいますか	いる・いない		課税・非課税
あなたに仕送りをしている人はいますか	いる・いない		課税・非課税

あなたの健康保険(医療保険)の種類を選んでください	1. 国保 2. 後期高齢者医療保険 3. 社保本人 4. 社保の被扶養者
---------------------------	---------------------------------------

3. 世帯全員の資産状況

どちらか選択してください	「有」の場合、下の欄を記入してください		
	所有者氏名	所在地(動産については内容)	処分できない理由
居住用以外の土地を持っていますか	有・無		
居住用以外の建物を持っていますか	有・無		
その他処分可能な動産を持っていますか	有・無		

4. 世帯全員の預貯金等の状況

- ・世帯全員の方の預貯金や有価証券等について全て記入してください

預貯金	金融機関名・支店名	口座種別	口座番号	口座名義	金額
					円
					円
					円
有価証券等 (株式、国・地方債、社債等)	取引先・内容等				評価概算額
					円
合計					円