

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		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所	〒 電話番号		
申請者収入	恩 給	円	
	非課税年金(障害年金・遺族年金)	円	
	預貯金額	円	
確認事項	資産 有 無	有	無
	扶養 有 無	有	無

対馬市長様

上記のとおり関係書類を添付の上、社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減対象の申請をします。
また私の世帯の課税内容について、調査することに同意します。

年 月 日

住所
申請者
氏名

電話番号

送付先指定	住所	左記の住所に送付することを同意します。 氏名
	氏名	

注意事項

- ※ で囲まれている金額及び有・無の欄は必ず記入してください。
- ※預金通帳(貯金しているすべての通帳)の写し、その他収入を証明する書類を添付してください。預金通帳の写しは重要です。添付されていない場合は受付られません。
- ※預貯金と確認事項は、世帯員全員の情報になります。

確認事項

- ここでいう資産とは、収入を補うために活用できるものをいう。社会通念上処分させることが適当なもので、換金価値が高いものと認められる資産の有無。住居や土地等(自らの住まいは除く)
- 扶養については、負担能力のある(課税者)親族に扶養を受けているかの有無。

市記入欄

交付年月日	記入欄		確認日	年 月 日
年 月 日	情報 その 他	高齢福祉年金受給	(有・無)	確認者印 受付印
適用年月日		市町村民税状況	(非課税・課税)	
年 月 日 か ら		添付書類の確認	(有・無)	
		総収入額	円	
有効期限		預貯金総額	円	
年 月 日 ま で		未納介護保険料	(有・無)	
	社会福祉法人軽減対象	(該当・非該当)		