社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　日生 | | | 性別 | | | 男・女 |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | |  | | | | | | |
|  | | 氏名 | | 生年月日 | | 性別 | 生計中心者に○をつけてください。 | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | |  | |  |  | |
| 世帯員 |  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
| 田村市長様  　　上記のとおり社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額の軽減対象者の申請をします。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 申請者 | | | 住所 | | | | | |
|  | | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | |

　市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|

収入状況等申立書

年　　月　　日

　田村市長様

申告者住所

氏名　　　　　　　　　　印

　私の現在の収入状況等は、次のとおり相違ありません。

1　収入状況

　(1)　年金・恩給等による収入

|  |  |
| --- | --- |
| 年金・恩給の種類 | 収入額 |
|  | 月額　　　　　　　　　　　　　　　　円  年額　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

　(2)　その他の収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 内容 | 収入額 |
| 稼動収入 |  | 円 |
| 財産収入 |  | 円 |
| その他仕送り等 |  | 円 |

2　資産の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 内容 | 金額等 |
| 預貯金・有価証券等 |  |  |
| 不動産等 |  |  |

　※1全ての預金通帳の写しを添付してください。

　※2不動産については、利用状況等を記入してください。

　※3この申立書は世帯員1名につき1枚記入し全員分提出してください。

3 　(1)　　　　年分の収入について住民税の申告の有無

　　　　有・無・わからない(○で囲んでください。)

　　(2) 　住民税課税者に扶養の有無

　　　　　扶養されている・扶養されていない・わからない

※　遠隔地の方に扶養されている場合は、扶養義務者の住民税申告書の写しを添付してください。

同意書

　社会福祉法人等利用負担額軽減の決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産、収入の状況又は、被保険者に対する老齢退職年金給付の支給状況につき、田村市長が官公署、年金保険者に文書の閲覧、資料の提供等を求めること及び銀行、信託会社その他の機関、被保険者の雇用主その他の関係人に対し報告を求めることに同意します。

　　　　　　年　　月　　日

　田村市長様

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印