

別記第1号様式(第8条関係)

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 被保険者氏名			被保険者番号																	
生年月日																				
住所	〒																			
利用サービス	1 特別養護老人ホーム(旧措置入所者への該当 該当・非該当) 2 在宅サービス(訪問介護の経過措置への該当 該当・非該当)																			
申請理由																				
世帯構成	世帯主	氏名	続柄	年間収入	預貯金額	日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無	扶養関係(世帯員以外の者に扶養されている時はその氏名)	医療保険												
	世帯員																			
	世帯員																			
	世帯員																			
<p>申本町長 宛</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確認を申請します。 この申請書の記載内容及び添付書類は事実と相違ありません。また、軽減対象の確認のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入状況その他の必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(申請者) 住 所 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 ( )</p>																				

添付書類

- ・町外に居住している方がいる場合、年間収入がわかる書類(非課税証明書)
- ・預貯金等の残高がわかる書類(預金通帳の写し、有価証券等の保有状況がわかるもの等)
- ・日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無がわかる書類(固定資産税納税通知書等)
- ・扶養状況がわかる書類(源泉徴収票の写し、確定申告書の写し等)

※町記入欄

交付年月日 年 月 日	備 考
適用年月日 年 月 日から	
有効期限 年 月 日まで	

別記第1号様式(第8条関係)

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 被保険者氏名	クシモト タロウ 串本 太郎		被保険者番号	不明なら空欄でもOK				
生年月日	昭和●年●月●日							
住所	〒×××-×××× 串本町●●●		▼連絡先が本人以外の時は氏名と関係を記入ください! 電話番号 xxx-xxxx-xxxx (串本海子・妻)					
利用サービス	<input type="checkbox"/> 1 特別養護老人ホーム (旧措置入所者への該当 該当・非該当) <input type="checkbox"/> 2 在宅サービス (訪問介護の経過措置への該当 該当・非該当)							
申請理由	年金収入のみで所得が少ないため							
	氏名	続柄	年間収入	預貯金額	日常生活に 供する資産 以外に活用 できる資産 の有無	扶養関係(世 帯員以外の 者に扶養さ れている時 はその氏名)	医療保険	
世帯 構成	世帯主	串本海子	主	●●万円	●●●万円	無	無	後期高齢
	世帯員	串本太郎	夫	●●万円	●●●万円	無	無	後期高齢
串本町長 宛 上記のとおり社会福祉法人等による利用者 この申請書の記載内容及び添付書類は事実 必要があるときは、私及び私の世帯員の資産 等公簿により調査することに同意します。 令和×年××月××日 (申請者) 住所 串本町●●● 氏名 串本 海子 本人との続柄 (妻) 電話番号 xxx-xxxx-xxxx								

同意欄を兼ねています。  
負担軽減措置が必要な方もしくは同一世帯員の氏名として  
ください。  
記入例でいうと、串本太郎 か 串本海子 になります。

添付書類

- ・町外に居住している方がいる場合、年間収入がわかる書類 (非課税証明書)
- ・預貯金等の残高がわかる書類 (預金通帳の写し、有価証券等の保有状況がわかるもの等)
- ・日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無がわかる書類 (固定資産税納税通知書等)
- ・扶養状況がわかる書類 (源泉徴収票の写し、確定申告書の写し等)

※町記入欄

交付年月日 年 月 日	備考
適用年月日 年 月 日から	
有効期限 年 月 日まで	