

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				確認事項		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	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	明 大 昭 平		男・女		
	世帯員	明 大 昭 平		男・女		
		明 大 昭 平		男・女		
		明 大 昭 平		男・女		
		明 大 昭 平		男・女		
<p style="text-align: center;">三川町長 殿</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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ 電話番号 () —</p>						

町 記 入 欄

世帯課税状況	課税・非課税	世帯員数	人	保険料滞納	無・有
収入基準額 (150万円・世帯員が1人増えるごとに50万円加算)		万円		世帯収入金額	万円
預貯金基準額 (350万円・世帯員が1人増えるごとに100万円加算)		万円		世帯預貯金額	万円
扶 養	受けていない ・ 受けている (誰から 続柄)				
日常生活に活用できる資産		無 ・ 有 (具体的に)			
交 付 年 月 日	備 考				認 定
年 月 日	(生計中心者の所得状況等)				該 当 ・ 非該当
適用開始年月日					
年 月 日					
有 効 期 限					
年 月 日					

承 諾 書

私は、 年度社会福祉法人等利用者負担軽減事業認定のため、私の
所得状況の調査を 健康福祉課職員 が行うことに承諾します。

年 月 日

住 所

氏 名 ⑩

氏 名 ⑩

氏 名 ⑩

氏 名 ⑩

氏 名 ⑩

三川町長 殿

預貯金・資産等の申告についての確認

三川町長 殿

この申請にあたって私および私の世帯員の収入金額、預貯金・資産の有無、
負担能力のある親族等に扶養を受けていないこと等について申告しましたが、
その申告内容に間違いありません。

年 月 日

住 所

氏 名 ⑩