

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)

□ ※以外の太枠の中の各欄にご記入ください。

フリガナ 被保険者氏名			確 認 番 号	※		
			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男・女			
住 所	〒771-43 勝浦郡勝浦町大字					TEL() -
利用者負担額 軽減申請理由						
収 入 金 額 (恩給、年金等)			円	確認できる書類添付してください		
預貯金等の額 (有価証券含む)			円	確認できる書類添付してください		
資産所有状況	有 の 場 合 ()					
別世帯の親族等 の扶養等の状況	健康保険等の被扶養対象者の有無	有 ・ 無	有 の 場 合 の 扶 養 親 族 の 氏 名 ()			
	税法上の扶養控除対象の有無	有 ・ 無				
		氏 名	生 年 月 日	性 別	備 考	
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
		勝浦町長様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の減免対象の申請をします。 令和 年 月 日 住 所 申請者 TEL() - 氏 名				

[調査同意欄] 私は、社会福祉法人等利用者負担軽減を受けるにあたり、認定(決定)に 必要な私及び私の属する世帯の世帯員の収入状況(年金受給額等)の 調査に同意します。 令和 年 月 日 同意者氏名	
---	--

保険者(勝浦町)記入欄					
交付年月日	該 当 区 分				
年 月 日	① 市町村民税世帯非課税である者				
摘要年月日	② 世帯年間収入額				
年 月 日から	③ 世帯預貯金等額				
有効期限	④ 資産所有状況				
年 月 日まで	⑤ 未納保険料	有 ・ 無	証交付	確認	受付
備考					

(注意事項)

- 1 被保険者番号は「介護保険被保険者証」の「被保険者番号」と同じ番号となりますので、その番号をご記入ください。

- 2 収入金額は、世帯全員の収入金額(年金、恩給、給与等)が明らかにできる書類を添付してください。

たとえば、

公的年金等の源泉徴収票
年金支払(振込)通知書
年金恩給等支払通知書
給与支払報告書
所得証明書
その他確認できる書類 等

- 3 預貯金等の額は、世帯全員の預貯金額(有価証券含む)が明らかにできる書類を添付してください。

たとえば、

預金通帳の写し 等

- 4 資産所有状況は、世帯が居住のための家屋や、その他日常生活に必要な資産以外で収入を補うため活用できるものがあれば必ず記入してください。

たとえば、

土地 等

- 5 別世帯の親族等の扶養等の状況も、必ず記入してください。