

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）

持参者氏名： 続柄： Tel：

フリガナ			申請年月日	年 月 日	
被保険者氏名			被保険者番号		
			性別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日				
住所	〒 電話番号 ()				
世帯の構成	氏名	生年月日		生計中心者に○をつけてください	
世帯構成	世帯主	年 月 日			
	世帯員	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
恵庭市長様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。 また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の市民税及び固定資産税の課税状況等について調査することに同意します。同様に、保険者が必要と認めるときは、利用（予定）事業所等へ情報提供することに同意します。 住所 申請者 電話番号 () 氏名 *申請者は本人又は同一世帯員 *申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要					
利用開始（予定）日	年 月 日				
利用（予定）事業所					
決定通知送付先	上記の事業所へ送付を（希望します ・ 希望しません）				

【恵庭市記入欄】

市民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税世帯課税 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者				
決定区分	<input type="checkbox"/> 該当（25/100 ・ 100/100） <input type="checkbox"/> 非該当（年間収入・預貯金・資産・扶養）				
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
認定証交付年月日	年 月 日 未交付				

<備考>

上記のとおり決定してよろしいか伺います。 年 月 日	決裁	課長・主幹	主査	スタッフ	合議

世帯収入に関する申告書

年 月 日

恵庭市長 様

申告者氏名(被保険者氏名)

住所

電話番号

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書の提出に当たり、私（被保険者）及び私の属する世帯の世帯主及び世帯員の前年（注※）の収入額、預貯金等は次のとおりです。

氏名	生年月日	①前年（注※）の収入額				②預貯金等の額
		年金収入額	給与収入額	その他収入額	計	
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
	年 月 日					
③被保険者及び属する世帯全員について、自らの住まい等日常生活のために必要な資産以外に住居や土地など、活用できる資産の所有状況				<ul style="list-style-type: none"> ・所有している ・所有していない 		
④配偶者を除く負担能力のある親族等からの扶養状況				<ul style="list-style-type: none"> ・扶養を受けている ・扶養を受けていない 		

(注※)「前年」の収入額については、1月から7月までの間に申告するときは「前々年」と読みかえる。

①の収入額には、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し等から記入ください。

なお、収入には年金収入、給与収入のほか、仕送り等も含まれます。

②の預貯金等の額には、預貯金のほか、有価証券、債権等も含まれます。

<留意事項>

申告内容に事実と異なることが判明した場合、軽減措置が取り消される場合があります。

【恵庭市記入欄】

①収入額	②預貯金額	③日常生活に供する以外の資産	④扶養の有無	⑤介護保険料滞納の有無
		有・無	有・無	有・無
確認者氏名		備考		