社会福祉法人等利用者負担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 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住　　 所 | 〒　　　－ |
| 利用者負担額減額申請理由 | 生計が困難なため |
|  | 氏 　　名 | 生 年 月 日 | 生計中心者に○を記入してください |
| 世 帯 構 成 | 世 帯 主 |  | 年　　月　　日 |  |
| 世 帯 員 |  | 年　　月　　日 |  |
|  | 年　　月　　日 |  |
|  | 年　　月　　日 |  |
|  | 年　　月　　日 |  |
| 男鹿市長　様　上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者であることの確認をしていただきますよう申請します。私の収入・扶養状況等の申告は、別紙収入等申告書のとおりです。申告内容に変更が生じた場合には直ちにその旨を届け出ます。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　住　所申請者氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　） |

【市記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交 付 年 月 日 | 市民税世帯情報 | 審 査 結 果 | 不承認理由等 |
| 年　月　日 | 課税・非課税 | * 該 当

1 50/1002 25/1003 25/100 適用外あり4 25/100 ユニット型個室の居住費5 100/100 居住費・滞在　費* 非該当
 | 1 年間収入要件に非該当2 預貯金等要件に非該当3 資産要件に非該当4 扶養要件に非該当5 保険料滞納による非該当6 その他 |
| 適 用 年 月 日 | 受給状況 |
| 　年 　月 　日から | 老福受給・生保受給 |
| 有 効 期 限 | 旧措置減額認定 |
| 年 　月 　日まで | あり・なし |

※裏面もご記入ください。

（裏面）

同　　意　　書

社会福祉法人等利用者負担軽減対象の確認に関して、必要な課税資料および介護保険料の納付状況等を閲覧することに同意します。

別添の収入申告書のとおり相違ありません。

　　　　年　　月　　日

男鹿市長　様

被保険者氏名

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　　）

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　　）

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　　）

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　　）

世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　　）