

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認証交付申請書

(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

フリガナ			確認番号						
被保険者氏名			個人番号						
			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒		電話番号						
特別養護老人ホーム旧措置者該当の有無	有・無		生活保護受給の有無	有・無					
利用者負担額軽減申請理由									
氏名		生年月日		生計中心者に○をつけて下さい					
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
年間収入額		円(収入の種類)							
預貯金の状況		① 350万円未満		② 350万円以上 (円)					
資産の状況		① 有(内容)		② 無					
扶養の状況		① 扶養者有(氏名)		続柄		② 扶養者 無			
岩見沢市長 様 上記のとおり、生計困難のため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。 また、この申請に伴う所得等状況調査に同意します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 〒 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 住所 電話番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請者 氏名 </div>									

注 添付書類 介護保険被保険者証、健康保険被保険者証、前年の収入額が確認できる書類(預貯金通帳、年金額の確定通知書等)、また、確認審査に当たり、別の書類を求めることがあります。

市記入欄

受付年月日							
年 月 日	(世帯員の課税状況及び被保険者の収入状況等)						
適用年月日	市民税	課	非				
	収入			円			
	預貯金			円			
年 月 日	資産	無	有	()			
	扶養	無	有	()			
	滞納	無	有	()			
有効期限	段階	1	2	3	4		
年 月 日	生保	無	有				
	老福	無	有				
	保険	後期	国保	社保	その他		