

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				保険者番号				2	1	2	0	5
被保険者氏名				被保険者番号								
生年月日		明・大・昭		年	月	日	性別		男・女			
住 所		〒										
利用者負担額 軽減申請要件		1 市民税世帯非課税者であること 2 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること 3 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること 4 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと 5 負担能力のある親族等に扶養されていないこと 6 介護保険料を滞納していないこと										
世帯 構 成		氏 名		生年月日		性別		備考（続柄）				
	本人											
	世帯員											
関市長 様 社会福祉法人等による利用者負担軽減の対象者であることの確認を申請します。 なお、関市が申請要件の確認調査を関係当局に対して求めることに同意します。 令和 年 月 日 申 請 者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号 代 筆 者 住所 氏名 続柄 電話番号												

※ 収入等申告書を添付すること。