

(様式第1号)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書 (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					
被保険者氏名			被保険者番号	0 0 0 0	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別 男・女
住所	電話番号 () -				

1. 私の世帯には、今年度の市県民税が課税されている者はいません。
2. 私の世帯の前年中の収入金額は、150万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり50万円を加算した金額）以下です。
3. 私の世帯が保有する預貯金や株式、国債・地方債などの金融資産は、350万円（世帯員が2人以上の場合は、2人から1人あたり100万円を加算した金額）以下です。
4. 私は負担能力のある扶養親族に扶養されていません。
5. 私の世帯では、自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産は保有していません。
6. 私は、介護保険料を滞納していません。

三木市長 様

上記の1～6が事実であることを確認し、必要な書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象の確認申請をします。

また、申請内容の確認のために、税務担当部署その他の関係機関に必要事項について照会することに同意します。

要件にあてはまらないことが判明した場合には、軽減を取り消されても異議ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 印

- 被保険者氏名を代筆した場合
(代筆者氏名) (本人との関係) (住所)

(代筆理由) _____

(三木市記入欄)

上記申請について、下記のとおり決定します。

※確認事項欄 (該当: 1、非該当: 0)					
資格有	生保	老福年金	利用者負担段階		
			1	2	3① 3② 4
1. 世帯非課税	2. 収入要件	3. 預金要件	4. 扶養要件	5. 資産要件	6. 滞納無し

承認・不承認	減免割合
	1/4・1/2

交付年月日 令和 年 月 日
適用年月日 令和 年 月 日
令和 年 月 日決定
有効期限 令和 年 月 日

係	合議	係長	副課長	課長

確認番号	0000
------	------