

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
被保険者氏名		性別	男 ・ 女
住 所		〒 電話番号	
利用サービス		1. 特別養護老人ホーム（旧措置入所者への該当 該当・非該当） 2. 在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当 該当・非該当）	
		氏名	生年月日
		性別	生計中心者に○をつけてください
世帯構成	世帯主		
	世帯員		
<p>古座川町長 様</p> <p>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確認を申請します。</p> <p>この申請書の記載内容及び添付書類は事実と相違ありません。また、軽減対象の確認のために必要があるときは、私及び私の資産及び収入状況その他の必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 氏 名 ④</p>			

1 申請者の扶養状況

(フリガナ) 扶養者 氏名	生年月日	申請者との関係	性 別	男 ・ 女
		住所・電話番号	〒 ( ) -	
		市 町 村 民 税	課税されている ・ 課税されていない	
医 療 保 険 扶 養 者	なっている・なっていない		税金控除対象	なっている・なっていない

2 現金及び預貯金等

預 貯 金 等	預貯金額		その他有価証券等 有 ・ 無	
	・ 350万円まで	・ 351万～450万	種類	評価概算額
	・ 451万～550万	・ 551万円以上		

添付書類

- ・ 町外に居住している方がいる場合は年間収入がわかる書類（非課税証明書）
- ・ 預貯金等の残高がわかる書類（預金通帳の写し・有価証券等の保有状況がわかるもの等）
- ・ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無がわかる書類（固定資産税納税通知書等）
- ・ 扶養状況がわかる書類（源泉徴収票の写し、確定申告書の写し等）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

被保険者番号	10ケタの被保険者番号を記入してください。		個人番号	12ケタの個人番号を記入してください。	
フリガナ	コザガワ タロウ		生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日生	
被保険者氏名	古座川 太郎		性別	男 ・ 女	
住所	〒 電話番号				
利用サービス	1. 特別養護老人ホーム（旧措置入所者への該当 2. 在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当		該当・非該当 該当・非該当		
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください	
世帯構成	世帯主	現在の世帯員情報を記入してください。			
	世帯員				
古座川町長 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確認を申請します。 この申請書の記載内容及び添付書類は事実と相違ありません。また、軽減対象の確認のために必要があるときは、私及び私の資産及び収入状況その他の必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印					
忘れずに押印してください。					

## 1 申請者の扶養状況

(フリガナ) 扶養者 氏名	生年月日	申請者との関係	性別	男 ・ 女
		住所・電話番号	〒 扶養している親族の方の情報を記入	
		市町村民税	課税されている ・ 課税されていない	
医療保険扶養者	なっている・なっていない		税金控除対象	なっている・なっていない
※それぞれ該当する箇所に○を付けてください				

## 2 現金及び預貯金等

預貯金等	預貯金額		その他有価証券等 有 ・ 無	
	・ 350万円まで	・ 351万～450万	種類	評価概算額
	・ 451万～550万	・ 551万円以上		

## 添付書類

- ・ 町外に居住している方がいる場合は年間収入がわかる書類（非課税証明書）
- ・ 預貯金等の残高がわかる書類（預金通帳の写し・有価証券等の保有状況がわかるもの等）
- ・ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無がわかる書類（固定資産税納税通知書等）
- ・ 扶養状況がわかる書類（源泉徴収票の写し、確定申告書の写し等）