

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 被保険者氏名	保険者番号		392068			
	被保険者番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女			
住所	〒					電話番号
利用者負担額 軽減申請理由						
	氏名	生年月日	性別	年間収入額	生計中心者に○を記入	
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
<p>須崎市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る軽減を申請します。</p> <p>なお、この申請に関し必要とする収入状況等を市町村が調査することについて、同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 電話番号</p>						

須崎市記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	(所得分納の状況等を記入)		
適用年月日	確 認 欄	確 認	結 果
年 月 日 から	①世帯全員が市民税非課税		認 定
	②老齢福祉年金受給者		
有 効 期 限	③市民税課税者に扶養されていない		①・② (1/2)
	④世帯の年間収入 ()		
年 月 日 まで	⑤資産を活用してもなお困窮している		①・③~⑥ (1/4)
	⑥介護保険料を滞納していない		
	・その他		却 下