

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認（更新）申請書

（社会福祉法人等による利用者負担軽減事業）

申請区分 新規・更新

フリガナ 被保険者氏名	確認番号					
	被保険者番号					
	個人番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女			
住所	〒 _____		電話番号			
利用者負担額 軽減申請事由	市民税非課税世帯であり、以下の対象となる要件に全て該当するため ① 単身世帯で収入150万円、世帯員1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。 ② 単身世帯で預貯金が350万円、世帯員1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。 ③ 居住用資産以外に活用できる資産を所有していないこと。 ④ 負担できる親族に扶養されていないこと。 ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。					
	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					
（宛先） 焼津市長 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申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号						

※ 収入申告書・資産申告書・健康保険証（写）を添付すること。

市記入欄（市にて記入しますので、記入しないでください。）

交付年月日	備 考		
年 月 日			
適用年月日	確認事項 ①		
年 月 日 から	確認事項 ②		
	確認事項 ③		
有効期限	確認事項 ④		
	確認事項 ⑤		
年 月 日 まで			