

社会福祉法人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制度)

(ふりがな)		確 認 番 号	
被保険者氏名 (申請者氏名)		被保険者番号
生 年 月 日	(歳)	要介護度区分	要支援・要介護 ()
生活保護受給 (該当者のみ記入)	有 ・ 無	担 当 課	
住 所	〒 電話		
利用事業所・施設		利用サービス	
世帯構成	区 分	氏 名	生 年 月 日
	世 帯 主		明・大・昭
	世 帯 員		明・大・昭
			明・大・昭
<p style="text-align: center;">相 模 原 市 長 あ て</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の減額対象の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住 所 _____</p> <p style="margin-left: 20px;">氏 名 _____</p> <p>連絡先 氏 名 _____ 続柄 _____</p> <p style="margin-left: 20px;">住 所 _____</p> <p>(本人) 電話番号 () _____</p>			

世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	不動産等資産基準	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
老齢福祉年金の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	保険料納付要件	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
収入基準	<input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超	扶養基準	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
預貯金等基準	<input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給無

決 定 内 容	適 用 開 始 年 月 日	有 効 期 限	備 考
<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日	年 月 日	

社会福祉法人による利用者負担軽減の申請にあたっての注意事項

1. 社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書の記入について

- (1)「世帯構成」欄には、住民票上の世帯構成員の他に、同居している家族等も含めてご記入ください。
- (2)「申請者」欄は、被保険者ご本人のお名前となります。

2. 収入・資産等申告書の添付資料について

申請にあたって、「収入・資産等申告書」も提出していただきますが、世帯全員の収入・資産・扶養状況を確認できる以下の書類の写しを添付してください。

収入・資産等申告書の内容	添付書類
収入状況 1～4	・年金改定通知書又は年金振込通知書通知書 ・源泉徴収票、給与明細書、確定申告書の写しなど
預貯金等の状況 5・6	・預金通帳(表紙と最終残額記載頁) ・有価証券(株券、公社債等)など
土地・家屋等資産の状況 7・8	・固定資産税納税通知書など
扶養の状況 9・10	・健康保険証など