

第3号様式（第5条関係）

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				確認番号										
被保険者氏名				被保険者番号										
生年月日		年 月 日		性別	男 ・ 女									
住 所		〒										TEL()		
利用者負担額軽減申請理由 〔該当項目に〇をつけてください〕		① 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下である ② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下である ③ 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない ④ 負担能力のある親族等が扶養されていない ⑤ 介護保険料の滞納がない												
		氏 名	生 年 月 日	性 別	生計中心者に〇をつけてください									
世帯構成	世帯主		年 月 日	男・女										
	世帯員		年 月 日	男・女										
			年 月 日	男・女										
			年 月 日	男・女										
川島町長 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申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (印) TEL()														

【町記入欄】

交付年月日	確認要件	確認欄	備 考
年 月 日	①収入要件		
適用年月日	②預貯金等要件		
年 月 日から	③資産要件		
有効期限	④扶養要件		
年 月 日まで	⑤滞納要件		

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認に係る申告書

年 月 日

川島町長 様

住所
申告者
氏名



社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請にあたり、次のとおり申告します。

なお、その内容については事実と相違ありません。

		金額(年額)		
		本人	家族(世帯員)	合計
収入	年金・恩給等の収入 種類：	円	円	円
	財産収入	円	円	円
	利子・配当収入	円	円	円
	給与収入	円	円	円
	その他の収入 ()	円	円	円
	合計	円	円	円
預貯金等	現金	円	円	円
	預貯金	円	円	円
	有価証券	円	円	円
	生命保険	円	円	円
	その他 ()	円	円	円
	合計	円	円	円
以下の欄は該当する方に「○」をつけてください。				
日常生活のために必要な資産以外の資産の有無		あり	なし	
負担能力のある親族等による扶養(税金の控除対象者・医療保険の被扶養者等)の有無		あり	なし	
介護保険料の滞納の有無		あり	なし	

※ 収入、預貯金等を証する書類又はその写しを添付してください。

※ 虚偽の申告等をしたときは、軽減を受けた額の全額又は一部を返還していただく場合があります。

※ 記入欄が足りない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。

収入・資産状況等の調査に関する同意書

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認のために必要があるときは、私及び私の世帯員の収入及び資産の状況等について、担当職員が関係機関若しくは関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所

(本 人)氏 名 ㊟

(世帯員)氏 名 ㊟

氏 名 ㊟

氏 名 ㊟

川島町長 様