

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				被保険者番号	0	0	0	0	0										
被保険者名				生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日									
	〒			電話（ ） -															
住所	氏名			生年月日			生計中心者に○をつけてください。												
世帯構成	世帯主				明・大・昭・平			年	月	日									
	世帯員				明・大・昭・平			年	月	日									
					明・大・昭・平			年	月	日									
					明・大・昭・平			年	月	日									
<p>刈谷市長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認を申請します。この申請において申告した内容について相違ありません。相違があった場合には、申告した内容に基づいて行われる社会福祉法人等利用者負担の軽減を取り消されても異議を申し立てません。</p> <p>なお、私及び私の属する世帯員の所得状況等を課税台帳等により調査・確認され、また、老齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査・確認されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 .....</p> <p>申請者 氏名 .....</p> <p>電話番号（ ） - .....</p>																			

市記入欄

交付年月日	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税 <input type="checkbox"/> 世帯年間収入（ ）円 $\leq$ （ ）円＝単身世帯150万円+50万×（ ）人 <input type="checkbox"/> 預貯金等の額（ ）円 → 有価証券（有・無）、債権（有・無） $\leq$ （ ）円＝単身世帯350万円+100万×（ ）人 <input type="checkbox"/> 負担能力のある親族等からの扶養（無・有） <input type="checkbox"/> 居住又は生計の維持のため以外に活用できる資産（無・有） <input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納（無・有） <input type="checkbox"/> 生活保護の受給（無・有） <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金の受給（無・有） 〈備考〉
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	
受付印	