

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生計困難者等に対する利用者負担の軽減の措置)

フリカケ		保険者番号		4	5	4	3	0	6
被保険者氏名		個人番号							
		被保険者番号	0	0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 生	性別	男・女						
住所	〒 ()								
	電話番号 () -								
	氏名				生年月日				
世帯構成	世帯主					明・大・昭	年	月	日
	世帯員					明・大・昭	年	月	日
						明・大・昭	年	月	日
						明・大・昭	年	月	日
利用者負担額軽減申請理由 (該当の項目に○をして下さい)	1. 生活保護受給者 2. 老齢福祉年金受給者 3. 村民税世帯非課税者 4. その他()								
椎葉村長 椎葉 晃充 様 上記のとおり社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担額の軽減対象の確認を申請をします。 また、軽減対象の確認のために必要のあるときは、私及び世帯員の課税状況・収入・資産(預貯金・不動産等)・扶養の有無等の必要事項について、担当職員が調査することに同意します。 当該申請が決定された場合には、当該申請にかかる決定事項について、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設等に椎葉村が情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 申請者 氏名 (印) 住所 TEI () - 代筆者 氏名 (印) (本人との関係:) 住所 TEI () -									

【 椎葉村記入欄 】

起案日
年 月 日
交付決定日
年 月 日
適用開始日
年 月 日から
有効期限日
年 月 日まで

軽減申請判定	該当・非該当
軽減割合	/100
生活保護受給	有・無
老齢福祉年金受給 (M44.4.1以前生)	有・無
住民税	課税・非課税
扶養の有無	有・無
介護保険料滞納	有・無

世帯員数	人
収入基準額	円
世帯総収入	円
収入判定	基準額以下・超過
預貯金基準額	円
世帯貯金額合計	円
預貯金判定	基準額以下・超過

世帯状況・収入・資産等申告書

椎葉村長 椎葉 晃充 様

申告日 令和 年 月 日

氏名 _____

次のとおり申告します

世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村の状況	医療保険の状況
					健康保険において被保険者を被扶養者としている
世帯主		明・大・昭 年 月 日		1 課税 2 非課税	1 社保 2 国保 3 長寿医療保険 扶養者氏名()
世帯員		明・大・昭 年 月 日		1 課税 2 非課税	1 社保 2 国保 3 長寿医療保険 扶養者氏名()
		明・大・昭 年 月 日		1 課税 2 非課税	1 社保 2 国保 3 長寿医療保険 扶養者氏名()
		明・大・昭 年 月 日		1 課税 2 非課税	1 社保 2 国保 3 長寿医療保険 扶養者氏名()
		明・大・昭 年 月 日		1 課税 2 非課税	1 社保 2 国保 3 長寿医療保険 扶養者氏名()

被保険者本人の収入の状況について

収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種類	収入額
稼得等収入	年金等(老齢・退職年金 障害年金 遺族年金 など)	円
	賃金等収入	円
	その他雑収入()	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他雑収入()	円

必要経費(B)

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

裏面に続く

被保険者本人の資産等について

種 類	有 無	内 容	
本人名義の預貯金等	有・無	金融機関;	円
	有・無	金融機関;	円
本人名義の不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当
その他の資産	有・無		

世帯全員の収入状況について
収入(年収)

氏 名	種 類	収 入 額
		円
		円
		円
		円
		円

資産等

種 類	氏 名	有 無	内 容	
本人名義の預貯金等		有・無	金融機関;	円
		有・無	金融機関;	円
		有・無	金融機関;	円
		有・無	金融機関;	円
		有・無	金融機関;	円
不動産等		有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当
		有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当
		有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当
その他資産		有・無		
		有・無		
		有・無		

申請書提出者	1 被保険者本人	2 被保険者本人以外
フリガナ		
氏 名		申請者との関係
住 所	〒 TEL () -	

(記入上の注意)

- 1, 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
- 2, 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
- 3, 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。