

(表)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

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 日生		性別		男 ・ 女													
住所		〒 ー 電話番号																	
利用者負担額軽減申請理由		<b>経済的負担軽減のため</b>																	
区分		氏 名 (本人を含めて記入)						生 年 月 日				性別							
世帯構成	世帯主	①																	
	世帯員	②																	
		③																	
		④																	
<p>高島市長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>また、承認された場合、この申請に係る利用者負担額を算定するため、サービス事業所または居宅介護支援事業所から軽減対象者であることについて照会があった場合には、市が回答することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏 名 ⑤ 電話番号</p> <p>(代理の場合は続柄： )</p>																			

※裏面に被保険者本人およびその属する世帯全員に係る収入状況を記入(申告)してください。  
収入については、障害年金や遺族年金など市町村民税の課税対象とならない年金や収入も含めて記入(申告)してください。

高島市記入欄

備考	世帯の市町村民税課税状況	①	課・非	(本人および世帯全員の収入状況等)	軽減判定				
		②	課・非		該 当				
		③	課・非		非該当				
		④	課・非		番 号				
		総 合	課・非						
交付年月日		適用年月日		有効期限					
年 月 日		年 月 日から		年 月 日まで					

(裏)  
世帯の収入状況等申告書

平成 年 月 日

高島市長

申告者氏名 印

(代理の場合は続柄: )

世帯の収入状況等について、下記のとおり申告します。

1 平成 **28** 年中(平成28年1月1日~平成28年12月31日)の収入

[本人の収入]

□被保険者本人のみの年間収入合計金額(老齢年金のほか、障害年金や遺族年金等の非課税年金や仕送り等含む。)

( ) 年金 円

その他収入 ( ) 円

[世帯の収入] ※単身者は記載不要

□被保険者本人を含む表面記載の世帯全員の年間収入合計金額(非課税年金等を含む全収入)

( ) 0 ~ 150万円 ( ) 151~200万円 ( ) 201~250万円

( ) 251~ 300万円 ( ) 301~350万円 ( ) 351~400万円

( ) 401万円以上 ( ) 万円

**※ 平成28年中の世帯全員の収入が分かる源泉徴収票、確定申告書または年金振込通知書等の写しを添付してください。**

2 世帯の預貯金等の額(有価証券等含む世帯全員の合計金額)

( ) 0 ~ 350万円 ( ) 351~450万円 ( ) 451~550万円

( ) 551~ 650万円 ( ) 651~750万円 ( ) 751~850万円

( ) 851万円以上 ( ) 万円

**※ 平成28年1月から申請日までの履歴が分かる世帯全員のすべての預金通帳等の写しを添付してください。**

3 被保険者本人を含む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活用できる資産があるかないか。

( ) ある [ 宅地 ・ 田畑 ・ 山林 ・ その他 ( ) ]

( ) ない

4 負担能力のある親族等に扶養されているかいないか。

( ) 扶養されている ( ) 扶養されていない

上記記載のとおり相違ありません。

また、被保険者および世帯員の上記記載内容について、市が市税の課税台帳閲覧等により確認されることに同意します。

本人または同居の親族氏名 印

(備考欄)