

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日		明・大・昭 年 月 日		性別		男・女	
住所		〒		電話番号			
申請理由							
		氏名		預貯金等の額		氏名	
世帯構成	世帯主						
	世帯員						
資産の有無		有・無		資産の内容			
扶養の有無		有・無		扶養者氏名			
				扶養者住所			
<p>石垣市長 様</p> <p>上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額軽減の対象確認の申請をします。</p> <p>なお、決定にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、収入額、資産（預貯金・不動産等）及び扶養の有無等を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 ⑩ 電話番号</p>							

市記入欄

他法適用状況	生活保護法による保護		有・無	
	旧措置入所者（利用者負担割合5%以下の通知）		有・無	
課税状況	課税世帯・非課税世帯		該当・非該当	
	基準額（預貯金・年間収入）		確認額（本人申告・税情報）	
年間収入	150万円+世帯員()人×50万円＝ 万円		万円	該当・非該当
預貯金等	350万円+世帯員()人×100万円＝ 万円		万円	該当・非該当
資産の有無	固定資産台帳等確認	有・無	決定事項	
扶養の有無	税情報確認	有・無		
介護保険料滞納	滞納情報確認	有・無		
承認する・承認しない				