

(様式1)

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措置)

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		個人番号			
		生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日		
住 所	〒 電話番号				
利用サービス	1 特別養護老人ホーム 居室の種類(ユニット型個室 ユニット型準個室 従来型個室 多床室) 2 在宅サービス				
世帯構成		氏 名	続柄	生年月日	個人番号
	被保険者		本人		
	世帯員				
	世帯員				
	世帯員				

(あて先)生駒市長
上記の通り社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象確認申請をします。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名 電話番号

なお、申請にあたり、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担当職員が確認することに同意します。

被保険者氏名

(備考)添付書類 ○収入状況等申出書
○収入及び資産の調査(市町村民税課税状況調査)に関する同意書
○前年の収入額を証明する書類(源泉徴収票、年金額振込通知書など)
○預貯金を証明する書類(名義と残高が分かる通帳の写し又は残高証明書など)
○医療保険証の写し(国民健康保険・後期高齢者(長寿)医療保険の方は不要です)
※生活保護受給者につきましては、これら5つの書類は不要です。

(ご注意)この申請を出されても軽減されない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

市記入欄

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 事業対象者

市民税世帯 ①課税 ②非課税 ③非課税かつ老福年金受給 ④生活保護

合計所得金額 _____ 円
年金収入 _____ 円
合計 _____ 円

預貯金額 _____ 円

資産等 有 ・ 無

医療保険 国保 後期高齢者 その他() 扶養 有 ・ 無

☐ 軽減措置対象