

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 〈R2〉

フリガナ		保険者番号	
氏名		被保険者番号	
生年月日		性別	
住所	〒 電話番号 (- -)		
申請理由	社会福祉法人等による利用者負担軽減を受けたいため		
	氏名	生年月日	性別 生計中心者に○を付けてください。
世帯構成員	世帯主		男・女
	世帯員		男・女
			男・女
			男・女
			男・女
東近江市長 様			
社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置を受けたいので、上記のとおり申請します。			
なお、この申請に伴う軽減の対象者の要件確認のため、私及び私の属する世帯員の住民基本台帳、			
市民税・県民税の課税状況、固定資産課税台帳その他公簿を閲覧することに同意します。			
令和 年 月 日 住所			
申請者			
(被保険者) 氏名 Ⓔ			

※市記入欄

確認書類等	確認書類 []		
交付年月日	市民税世帯課税状況 → 課税世帯 ・ 非課税世帯		
令和 年 月 日	生活保護受給者 → 該当 ・ 非該当		
	高齢福祉年金受給者 → 該当 ・ 非該当		
適用年月日	世帯収入額 → 円 (基準 150 万円+ (50 万円×世帯員数-1))		
令和 年 月 日	世帯預金額 → 円 (基準 350 万円+ (100 万円×世帯員数-1))		
	世帯の居住用以外の資産 → 所有あり ・ 所有なし		
有効期限	扶養状況 → 扶養あり ・ 扶養なし 介護保険料滞納 → 有 ・ 無		
令和 年 月 日	認定結果 該当 ・ 非該当 25 ・ 50 ・ 100		
	確認日 令和 年 月 日 (確認者)		

受付	審査	入力

提出者	住所
氏名	電話番号