

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 (令和5年度)

フリガナ		保険者番号	252130
氏名		被保険者番号	
生年月日			
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
		生計中心者に○を付けてください。	
世帯構成員	世帯主		
	世帯員		
<p>東近江市長 様</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申 請 者 (被保険者) 氏 名 _____</p>			

※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
	老齢福祉年金受給者 → 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 非該当 ・ 該当 ⇒ 25 ・ 50 ・ 100
	確認日 令和 年 月 日 (確認者)

受付	審査	入力	
			住所 提出者 氏名 電話番号