

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書〈令和8年度〉

|                                                                                          |  |                                        |  |                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|----------------------|--|
| フリガナ                                                                                     |  | 保 険 者 番 号                              |  | 2 5 2 1 3 0          |  |
| 氏 名                                                                                      |  | 被保険者番号                                 |  |                      |  |
| 生年月日                                                                                     |  |                                        |  |                      |  |
| 住 所                                                                                      |  | 〒<br><br>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               |  |                      |  |
| <div>世帯構成<br/>成 員</div>                                                                  |  | 氏 名                                    |  | 生年月日                 |  |
|                                                                                          |  |                                        |  | 生計中心者に○を付けて<br>ください。 |  |
|                                                                                          |  |                                        |  |                      |  |
|                                                                                          |  |                                        |  |                      |  |
|                                                                                          |  |                                        |  |                      |  |
| 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、<br>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<br>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））<br>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 ⇒ 2 5 ・ 5 0 ・ 1 0 0<br>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 |