

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書〈令和7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		〒 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				
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 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 ⇒ 2 5 ・ 5 0 ・ 1 0 0 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