

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	352070			
			被保険者番号				
生年月日	年 月 日生						
住 所	〒 ー 電話番号 ()						
利用者負担額 軽減申請理由							
	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけて下さい				
世帯 構成	世帯主	年 月 日生					
	世帯員	年 月 日生					
		年 月 日生					
		年 月 日生					
<p>下松市長様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象確認を申請します。 なお、この申請のため、関係機関に申請者世帯の課税状況を照会することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 申請者 電話番号 氏名 () ー</p>							

※下松市記入欄（記入しないで下さい。）

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得区分の状況を把握)			
適用年月日				
年 月 日 から				
有効期間				
年 月 日 まで	受付		処理	

収入等申告書

(社会福祉法人利用者負担軽減)

令和 年 月 日

下松市長 様

氏名 _____

令和 年中の収入について下記のとおり申告します。
また、事務に必要な世帯の市民税に関する賦課徴収資料の調査について承諾します。

		本人	世帯員	世帯員	世帯員
氏 名					
収 入 等	年間収入	円	円	円	円
	預金額	円	円	円	円
	有価証券・債券の有無 とその金額	有・無		金額	円
	日常生活に供する以 外の資産の有無	有・無	有の場合 その資産を記入		
	負担能力のある親族に よる扶養の有無	有・無	扶養親族氏名	続柄()	
特 記 事 項					

※ 年間収入には、非課税収入や仕送りなども含まれます。

※ 公的年金等の源泉徴収票及び預貯金の通帳の写し(直近6ヶ月程度)を添付してください。

市記入欄

年間収入合計	預貯金等合計	世帯構成人数	介護保険料の滞納の有無
円	円	人	有・無