

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書兼収入等申告書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ				個人番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別 男・女
住所	〒			電話番号	
		氏 名		生年月日	性別 備考
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

< 該当要件確認欄 > (すべてに該当することが必要です)

- 1. 市民税が世帯非課税である。
- 2. 年間収入が単身世帯で150万円(世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した金額)以下である。
- 3. 預貯金、有価証券、債券等の金額が単身世帯で350万円(世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した金額)以下である。
- 4. 自らが居住するための住居、日常生活に供する資産以外に住居や土地などの資産を保有していない。
- 5. 負担能力のある親族等に扶養されていない。
- 6. 介護保険料を滞納していない。

(あて先) 宝塚市長

上記項目1.～6.すべてに該当することを確認し、社会福祉法人等による利用者負担軽減確認を申請します。ついては、要件確認に必要な書類を提出し、私の世帯の前年の収入及び現在の預貯金等について申告します。また、認定に必要な所得状況等について宝塚市が調査することに同意します。なお、事実と異なることが判明した場合は軽減措置を取り消されても異議ありません。

申請日 年 月 日

申請者 本人 氏名(自署) 印

代筆者 住所 〒

氏名 印 続柄

◆確認・連絡先(上記電話番号と異なる場合、記入してください) 電話番号

収入等申告欄

世帯員の氏名	(本人)	(他の世帯員)	(他の世帯員)
公的年金	年金の名称() 円	年金の名称() 円	年金の名称() 円
事業・給与収入	円	円	円
その他	円	円	円
仕送り	(世帯への仕送りの年間収入額)		円
預貯金等	円	円	円

(注) 1 太線の枠内を記入してください。

2 世帯全員の収入金額を証明する書類(例、年金決定通知書等)、世帯全員の預貯金等を証明する書類(例、通帳等)の写しを添付してください。その他必要に応じて書類の提出を求めます。

上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。

宝塚市確認欄	確認番号()				承認・不承認 居住費のみ				受付印	受付者		
	非課税		扶養		(内容) 25/100・50/100・100/100							
	収入		滞納		交付年月日	年	月	日	課長	副課長	係長	担当
	預貯金		老齢		適用年月日	年	月	日				
	資産		生保		有効期限	年	月	日				