

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

ふりがな				確認番号			
被保険者氏名				被保険者番号			
				個人番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	性別	男・女	
住所	〒 - 福知山市			電話番号 ()			
利用者負担額 軽減申請理由							
世帯構成	世帯主	氏名	個人番号			生年月日	生計中心者に○ をつけて下さい。
	世帯員						
<p>福知山市長 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の申請をします。</p> <p>収入等の状況については、別紙収入等申告書のとおりです。</p> <p>なお、社会福祉法人等による利用者負担額軽減決定のために必要があるときは、私及び世帯員等の課税状況・収入状況・私自身の扶養されている状況等について、福知山市長が調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号 ()</p>							

※この申請書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市社会福祉法人等による利用者負担軽減事業に係る事務に利用します。

福知山市記入欄

交付年月日	適用年月日	有効期限	認定状況
年 月 日	年 月 日から	年 月 日まで	~
市民税課税状況等	軽減決定事項	軽減内容(軽減率)	備考
市民税世帯非課税 高齢福祉年金受給 その他(備考欄に記載)	承認・不承認	利用者負担	
		居住費・食費	

収入等申告書

福知山市長 様

住所
氏名
被保険者番号

I 年中の世帯員の収入等（見込み額）について、下記のとおり申告します。

収入のある人 収入の種類	氏名 年 月 日生	氏名 年 月 日生	氏名 年 月 日生
1 年金収入 老齢基礎年金・老齢福祉年金・障害年金・遺族年金・恩給等記入してください。	種類 年金 円	種類 年金 円	種類 年金 円
	種類 年金 円	種類 年金 円	種類 年金 円
2 就労収入 給与・日当など給与収入及び販売等で得た所得を記入してください。	仕事の内容 円	仕事の内容 円	仕事の内容 円
3 その他収入 財産・利子・配当など上記1及び2以外の収入を記入してください	種類 円	種類 円	種類 円
収入合計	円	円	円

II 収入のない人

氏 名	生 年 月 日	学生・病弱など収入のない理由等
	年 月 日生	
	年 月 日生	
	年 月 日生	
	年 月 日生	

- * 年金決定通知書等収入が確認できる書類（写）を添付してください。
- * 最新の預金額が分かるもの（預金通帳など）の（写）を添付してください。
- * 1月1日以降に転入された方は、前住地の市町村民税課税証明を、住民登録が入所施設にある場合は、施設所在地の市町村民税課税証明を添付してください。 (裏面へ)

Ⅲ 資産の状況

用途	所在地	名義人	面積 (㎡)	活用状況
田				
畑				
その他				

Ⅳ 申請者の扶養を受けている状況

申請者の扶養を受けている状況	申請者は親族等の扶養を <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない			
申請者の扶養を受けている状況 (年度)	申請者は、下記の者(扶養者)の税法上の扶養控除の対象に なっている <input type="checkbox"/> なっていない <input type="checkbox"/> または、扶養者の加入する医療保険の被扶養者に なっている <input type="checkbox"/> なっていない <input type="checkbox"/>			
扶養者の氏名		扶養者の生年月日	年 月 日	
扶養者の住所				
扶養者の個人番号				
扶養者の市町村民税の課税状況 (年度)	市町村民税課税の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし	
	所得割の金額	円	均等割の金額	円

Ⅴ 特記事項 (家庭の状況等特別な事情等あれば記入してください。)

--