

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							
	氏名	個人番号			生年月日	生計中心者に○をつけてください。	
世帯構成	世帯主						
	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) 電話番号</p> <p>氏名 ()</p>							

※この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項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	

