

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の軽減制度)

フリガナ		確認番号			
被保険者氏名		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女		
住 所	〒 かつらぎ町大字 番地				
利用サービス	1 特別養護老人ホーム 2 在宅サービス				
利用者負担額 減額・免除申請 理由					
	氏 名	個人番号	生年月日	性別	備考
世 帯 構 成	世帯主				
	世帯員				
<p>下記世帯状況について記入してください。</p> <p>1. 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50万円を加算した額以下ですか。 ( はい ・ いいえ )</p> <p>2. 預貯金が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下ですか。 ( はい ・ いいえ )</p> <p>3. 世帯が居住以外の日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を持っていますか。 ( はい ・ いいえ )</p> <p>4. 負担能力のある親族等に扶養されていますか。 ( はい ・ いいえ )</p> <p>5. 介護保険を滞納していませんか。 ( はい ・ いいえ )</p>					
<p>かつらぎ町長 殿</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確認を申請します。 申請者及び世帯全員の所得状況等の調査について、同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名 電話番号 一</p> <p style="text-align: center;">印</p>					
交付年月日	備 考				
年 月 日	(世帯の所得状況等を把握)				
適用年月日					
年 月 日					
有 効 期 限					
年 月 日					
ま だ					

# 同意書

かつらぎ町長 様

社会福祉法人等利用者負担額軽減認定のために必要がある時は、町が官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の金融機関（以下「銀行等」という。）に私及び私と同一世帯の者の市町村民税、保有する預貯金並びに有価証券等の残高及び固定資産の所有状況について、報告を求めることに同意します。

なお、申請者及び世帯員へ認定等に関する情報を開示することに併せて同意します。

令和            年            月            日

	住 所	氏 名	
本 人			印
世帯員			印
			印
			印
			印
			印

※世帯全員の署名と捺印が必要です。

# 委任状

受任者

住所

---

氏名

---

生年月日

---

私は、上記の者を代理人と定め、社会福祉法人等利用者負担軽減の認定に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者

住所

---

氏名

---

印