

様式第2号(第7条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書(新規申請・更新申請)
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

令和 年 月 日

(あて先) 塩尻市長

申請者 住 所
氏 名

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		確認番号											
対象者氏名		被保険者番号											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日												
住 所	〒 電話番号												
軽減申請理由													
世帯に市民税が課税されている人がいますか。(どちらかに○をつけてください。)													
課税されている人がいる 全員課税されていない													
私と世帯員の令和 年度市民税及び固定資産税の課税資料を、資格確認のため職員が閲覧することに同意します。 また、生活保護受給者である場合は、生活保護法の規定による被保護者である旨の調査をすることに同意します。													
(世帯員全員の氏名を記入してください。なお、氏名を自署する場合、押印を省略することができます。)													
対象者氏名		印	世帯員										印
世帯員		印	世帯員										印
世帯員		印	世帯員										印

この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付してください。

記載例

様式第2号(第7条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書(新規申請・更新申請)
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

申請者の住所、氏名を御記入ください。

年 月 日

同居でない家族等が申請する場合は、申請者の住所・氏名と本人との続柄を記載し、本人の氏名を併記してください。

申請者 住 所 塩尻市大門七番町3番3号
氏 名 塩 尻 太 郎

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ	ソヅリ 知	確認番号										
対象者氏名	塩尻 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
生年月日	大正 ○年 ○月 ○日		屋間連絡のつく電話番号を御記入ください。									
所	〒399-0786 塩尻市大門七番町3番3号		電話番号 0263-52-0285									
軽減申請理由	例1：経済的に生活が困難であるため 例2：生活保護を受給しており、生活が困難であるため		世帯の住民税の課税状況について該当する方に○をしてください。									
世帯に市民税が課税されている人がいますか。(どちらかに○をつけてください)												
<input type="checkbox"/> 課税されている人がいる <input checked="" type="checkbox"/> 全員課税されていない												
私と世帯員の令和 ○年度市民税及び固定資産税の課税資料を、資格確認のため職員が閲覧することに同意します。 また、生活保護受給者である場合は、生活保護法の規定による被保護者である旨の調査をすることに同意します。 (世帯員全員の氏名を記入してください。なお、氏名を自署する場合、押印を省略することができます。)												
対象者氏名	塩 尻 太 郎	<input checked="" type="checkbox"/>	世帯員	住民票上同一世帯のすべての方の氏名を御記入ください。自署する場合は、押印を省略できます。								
世帯員	塩 尻 花 子	<input checked="" type="checkbox"/>	世帯員									
世帯員		印	世帯員	印								

軽減申請理由を記入してください。

世帯の住民税の課税状況について該当する方に○をしてください。

住民票上同一世帯のすべての方の氏名を御記入ください。自署する場合は、押印を省略できます。

この申請書の提出に当たっては、被保険者証を提示し、又は被保険者証の写しを添付してください。

自己申出書

対象者氏名		性別	男・女	生年月日	・	・	年齢	歳
住所				電話				
制度利用状況	新規・継続(現在の減額割合 /100) ※減額割合は継続利用のみ記入							
収入状況	年金の種類 (種類)			年額				円
	恩給の種類 (種類)			年額				円
	手当等の種類 (種類)			年額				円
	仕送り等 (誰から)			年額				円
世帯の資産状況	持ち家・借家 (円/月)			手持ち現金 (円)				
	預金額 (普通	円	定期	円)	自動車(有・無)			
	その他 ()							
扶養状況	住民税の控除対象者になっていますか (はい・いいえ)							
	医療保険の被扶養者になっていますか (はい・いいえ)							
同居家族状況 (すべての同居家族を記入してください)	氏名	続柄	収入状況(年金・給与等の種類をすべて記載してください。)			年額		
								円
								円
								円
								円
								円
								円

上記の内容は事実と相違ありません

令和 年 月 日

氏名

Ⓜ

(氏名を自署する場合、押印を省略することができます)

記載例

自己申出書

対象者の方の氏名、性別、生年月日、年齢等必要事項を御記入ください。

対象者氏名	塩尻太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	SO・OO・O	年齢	OO歳
住所	塩尻市 大門七番町3番3号			電話	0263-52-0280		
制度利用状況	新規・ <input checked="" type="radio"/> 継続(現在の減額割合 25/100)			※減額割合は継続利用のみ記入			
収入状況	年金の種類 (種類 老齢基礎)		年額	600,000		円	
	恩給の種類 (種類)						
	手当等の種類 (種類)						
	仕送り等 (誰から 次女・塩尻花美)		年額	100,000		円	
世帯の資産状況	<input checked="" type="radio"/> 持ち家・借家 ()		円/月)	手持ち現金 (50,000		円)
	預金額 (普通 500,000 円 定期 800,000 円)		自動車(有 <input checked="" type="radio"/> 無)				
	その他 (株式会社OOの株式 100株 200,000円相当)						
扶養状況	住民税の控除対象者になっていますか (はい <input checked="" type="radio"/> いいえ)			対象者は、誰かの扶養になっていますか？(住民税)			
	医療保険の被扶養者になっていますか (はい <input checked="" type="radio"/> いいえ)			対象者は、誰かの扶養になっていますか？(医療保険)			
同居家族状況 (すべての同居家族を記入してください)	氏名	続柄	収入状況(年金・給与等の種類をすべて記載してください)		年額		
	塩尻花子	配偶者	老齢基礎				
					円		
					円		
					円		

世帯全員の資産、預金額等を御記入ください。

対象者の収入状況を御記入ください。非課税収入や家族からの仕送り(生活費用や介護サービス費の負担等を含む)なども対象です。

対象者は、誰かの扶養になっていますか？(住民税)

対象者は、誰かの扶養になっていますか？(医療保険)

対象者が扶養になっている場合は、原則として軽減の要件に該当しません。扶養者が収入が少なく住民税非課税であるなど、特別な事情がある場合には、個別に御相談ください。

対象者の方以外のすべての同居家族の収入状況を御記入ください。

上記の内容は事実と相違ありません

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名 **塩尻太郎** 印

(氏名を自署する場合、押印を省略することができます)

日付、対象者の方の氏名を御記入ください。自署する場合は、押印を省略できます。