

社会福祉法人等利用者負担軽減制度確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)



フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和	性別	男・女
住所	〒 - 電話番号 - -		
本制度利用(予定)事業所名称			
利用者負担額軽減申請理由	1 市町村民税非課税世帯であり、生計が困難であるため。 2 生活保護を受給しているため。 3 その他 ( )		
区分	氏名	生年月日	性別
世帯構成	世帯主	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
	世帯員	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
		明・大・昭・平 年 月 日	男・女
		明・大・昭・平 年 月 日	男・女

近江八幡市長 宛

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の確認を申請します。

なお、上記の申請に伴い、上記の世帯員全員の市民税の課税の状況、扶養状況及び金融機関等への預貯金調査その他必要な調査を市が行うことについて同意します。

令和 年 月 日

被保険者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 - -

申請者 (申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。)

令和 年 月 日

申請者住所 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 - -

近江八幡市記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	1.生活保護受給： 非該当 ・ 該当
適用年月日	2.市県民税課税状況： 非課税 ・ 課税 ( )
年 月 日から	3.世帯収入額： 基準額以下 ・ 基準額超過 ( )
有効期限	4.世帯預貯金額： 基準額以下 ・ 基準額超過 ( )
	5.資産の有無： 無 ・ 有 ( )
年 月 日まで	6.扶養者の有無： 無 ・ 有 ( )
	7.介護保険料の滞納： 無 ・ 有 ( )
	⇒ 対象 (軽減率： 通常 25/100 ・ 生保 100/100) ・ 対象外

収入・資産・扶養状況等申告書

令和 年 月 日

近江八幡市長 宛

次のとおり、(被保険者氏名)\_\_\_\_\_の世帯における収入、資産及び扶養の状況等を申告します。  
なお、事実と異なることが判明した場合には、軽減の認定を取り消されても異議はありません。

申請者(被保険者)氏名 \_\_\_\_\_

1 世帯の収入( 年中)、現在の預貯金等の状況

※収入は、昨年1年間(1月～12月)の年間収入額をご記入ください。

	被保険者本人	世帯員 ( )	世帯員 ( )
年金収入 (障害年金・遺族年金・恩給等も 含む)	円	円	円
給与・事業・その他の収入	円	円	円
仕送り	円	円	円
合 計	円	円	円
預貯金(普通預金・定期預金)	円	円	円
有価証券・投資信託等	円	円	円
現 金	円	円	円
その他	円	円	円
合 計	円	円	円

2 世帯の資産(不動産)の状況

居住用家屋や日常生活に必要な不動産以外に利用できる不動産について

ア 所有していない                      イ 所有している

(所有者: \_\_\_\_\_ 地目・種類: \_\_\_\_\_ 所在地: \_\_\_\_\_)

3 被保険者本人の扶養の状況(市町村民税の扶養控除・医療保険の扶養者)

被保険者本人は市町村民税課税者に

ア 扶養されていない                      イ 扶養されている

扶養者氏名	続柄	住 所	生年月日
(か)			年 月 日

4 世帯の介護保険料の確認

ア 滞納していない                      イ 滞納している

収入や資産状況等を確認できる書類を添付してください(世帯全員)。

年金額改定通知書・年金振込通知書・恩給支払通知書・源泉徴収票・確定申告書控、預貯金通帳(収入確認対象年1月1日以降・無い場合は入出金明細)・証書・有価証券、固定資産税納税通知書、医療保険証(後期・国保以外)等