

様式第2号(第8条関係)

社会福祉法人利用者負担額軽減対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度)

年 月 日

津山市長 殿

社会福祉法人による介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減を受けるため、社会福祉法人による介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減に関する要綱第8条第1項の規定により申請します。

被保険者番号				保険者番号	332031	
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所	郵便番号		電話番号		
必ず記入してください。	世帯員氏名		申請者本人	収入のある世帯員		収入のない世帯員
	世帯員の収入の状況	公的年金	円	円	円	円
		給与収入	円	円	円	円
		その他の収入 ()	円	円	円	円
		合計	円	円	円	円
	預貯金等の状況 (有価証券、債権等を含む。)		円	円	円	円
	日常生活に供する資産以外に資産がある。			ある <input type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>	
	負担能力のある親族等に扶養されている。			ある <input type="checkbox"/>	ない <input type="checkbox"/>	

※ 世帯全員の源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書等収入を証する書類の写し及び預金通帳の写しを添付すること。

私は、審査のため、市長が税務部局その他関係機関に必要な照会をすることに同意します。

申請者



津山市記入欄

交付年月日	① 世帯年間収入 円 可・否 ② 世帯預貯金 円 可・否 ③ 資 産 可・否 ④ 扶 養 可・否 ⑤ 保険料滞納 有・無
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	
決定状況	
決定 却下	