

様式第2号 (第5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措置）

申請日	年 月 日
-----	-------

窓口に来た人 (本人の場合、記入不要)	住 所	電話番号		
	氏 名		被保険者との関係	1 家族 2 提出代行者 3 その他 ()

春日部市長 あて

下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。
なお、私の世帯の総収入は、次頁「収入等申告書」のとおり相違ありません。

本人同意欄	
-------	--

(太線の枠内のみ記入願います。)

(フリガナ)		確認番号												
被保険者氏名		被保険者番号												
生 年 月 日	年 月 日	性 別												
住 所	〒 ー													
	電話番号 ()													
社会福祉法人 等利用者負担 軽減対象確認 申 請 事 由	1. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年 額 80 万 9 千円以下の者 2. 市町村民税世帯非課税者であって、1 に該当する以外の者 3. 生活保護受給者 4. その他 ()													

※次頁にあなたの世帯の状況及び収入、資産、扶養の状況について記入してください。

収入等申告書

【世帯構成】

	氏 名	生 年 月 日	性 別	生計中心者に○をつけてください。
世帯主				
世帯員				
〃				
〃				

【収 入】（収入がある場合は、収入があった方全員について記載して下さい。）

	被保険者との続柄	氏 名	収入の種類	収入額（年間の金額）	※保険者記入欄
1				円	
2				円	
3				円	
合 計				円	

（記入上の注意）

・この欄に記載いただく収入は全て前年の1～12月分の収入です。（1～6月中の申請については、前々年1～12月分の収入となります。）

・「収入の種類」とは、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等をいいます。

・「収入額」には、課税収入以外に非課税収入、仕送り等も含まれます。

・必要経費や各種の控除がなされる前の収入をご記入ください。

・年金の場合には、証書ごとにご記入ください。例：

父	埼玉太郎	老齢基礎年金	〇〇円
		老齢厚生年金	〇〇円

【預貯金等の額】

世帯の預貯金の額	円
その他（有価証券等）	円

【資 産】（世帯が所有する居住用以外の土地・建物があれば記載してください。）

種別	面積等	所有者氏名	所在地又は内容	抵当権
土地	居住用	m ²		有・無
	田・畑	m ²		有・無
	山林・その他	m ²		有・無
建物	居住用	m ²		有・無
	その他	m ²		有・無

【扶 養】（いずれかに○をつけてください。）

他の世帯の方の扶養を受けていますか。	1 受けている ・ 2 受けていない
--------------------	--------------------

（記入上の注意）

・扶養とは、あなたを医療保険や税金面で扶養にとっている場合や、仕送り援助等をしている場合です。

年 月 日

同意書

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請の決定に当たり、対象者の世帯構成及び下記の者の税情報について、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。また、軽減対象の確認のために必要あるときは、私の収入状況及びその他の必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名		対 象 者 と の 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 ☐

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名		対 象 者 と の 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 ☐

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名		対 象 者 と の 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 ☐

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名		対 象 者 と の 続 柄	
住 所			対 象 者 と 同 居 ☐

※記載にあたって

- 1 同意する方が自ら署名してください。
- 2 代理人が署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 申請書等に同意が必要な方の住所を記入している場合は、同意書への住所の記入を省略しても構いません。
- 4 同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えありません。