様式第２号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書  （社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | 確認番号 | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | 性別 | | | 男・女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 氏名 | | 生年月日 | | 性別 | | 生計中心者に○を付けてください。 | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |
| 世帯員 |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |
| 四国中央市長　様  　上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象の確認申請をします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  申請者　　　住所  氏名  　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 交付年月日 | | | 確認事項 | | | 決定区分 | | | | | 軽減対象費用 | | | | | | | |  |
| 令和　　年　　月　　日 | | | 市町村民税　　　課税・非課税  預貯金等　　　　　　　　　円  不動産等活用　　有　・　無  扶養関係　　　　有　・　無  保険料滞納　　　有　・　無  生活保護受給　　有　・　無  旧措置入所者　　該当・非該当  （利用者負担  割合５％以下） | | | 軽減対象  ・  軽減対象外 | | | | | **利用者負担**  **食費**  **居住（滞在）費** | | | | | | | |
| 適用年月日 | | |
| 令和　　年　　月　　日から | | | 備　　考 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 有効期限 | | |
| 令和　　年　　月　　日まで | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第３号（第５条関係）

収入資産等申告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

四国中央市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　私の世帯の収入資産等について、次のとおり申告いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 区分 | | 利 用 者  本人氏名 | 世帯員氏名 | | | 備考 |
|  |  |  |  |
| 収入（　　　　年中収入） | 勤労収入 | |  |  |  |  |  |
| 年金  収入 | （　　　年金） |  |  |  |  |  |
| （　　　年金） |  |  |  |  |  |
| （　　　年金） |  |  |  |  |  |
| 利子・配当収入 | |  |  |  |  |  |
| 仕送りによる収入 | |  |  |  |  |  |
| 財産収入 | |  |  |  |  |  |
| その他の収入 | |  |  |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |  |  |
| 預貯金等額（申請日現在） | | |  |  |  |  |  |
| 居住に要する家屋その他日常生活のため必要な資産以外で活用し得る資産の有無 | | | 有　　　　・　　　　無  （　　　　　　　） | | | |  |
| （世帯外で）負担能力のある親族等の扶養 | | | 有・無 |  |  |  |  |
| 介護保険料の滞納 | | | 有・無 |  |  |  |  |

※上記収入・預貯金等につき確認できる書類を添付すること。

|  |
| --- |
| 同　意　書  社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認において、私（世帯）の収入状況、課税状況、及び資産（預貯金・不動産等）、扶養の有無等について調査することに同意します。  世帯主 |