

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)

フリガナ	アンジョウ タロウ		確認番号	1 2 3 4 5
被保険者氏名	安城 太郎		被保険者番号	1 2 3 4 5
生年月日	昭和〇年〇月〇日			
住所	〒 446-8501 電話番号 0566-71-2226 安城市桜町18番23号			
利用サービス	1 介護老人福祉施設(旧措置入所への該当 該当 ② 在宅サービス(訪問介護の支援措置への該当 該当)		当てはまる方に ○をつける。	
利用者負担額軽減申請理由	収入が少ないため			
	氏名	生年月日	生計中心者に○をつけてください。	
世帯構成	世帯主	安城 太郎	昭和〇年〇月〇日	○
	世帯員			
安城市長 上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 私は、利用者負担額の軽減審査のため、私及び私の世帯員の市民税に関する課税情報及び公的扶助の受給の有無、特別養護老人ホームの料金を確認することに同意します。また、この申請結果を地域包括支援センター、特別養護老人ホームに通知することに同意します。 △年 △月 △日 住所 安城市桜町18番23号 申請者 氏名 安城 太郎 電話番号 0566-71-2226				

市記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(世帯の所得状況を把握)
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	

収入及び資産等申告書(社会福祉法人利用者負担額軽減申請用)

△年△月△日

安城市長あて

申請者住所 安城市桜町18番23号

(被保険者)

氏名 安城 太郎

(被保険者番号 12345)

令和6年中の私及び私の属する世帯全員の収入等について、次のとおり申告します。

1 私の収入等の状況

①収入・所得 なし・あり(下記に記入してください。)

収入の種類	年間収入額	必要経費	所得額
国民年金	800,000 円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

【収入の種類】 給与収入 事業（農業・小売業・サービス業等）所得など
国民・厚生・共済・農業者・遺族・障害年金 恩給など②仕送り収入（施設への支払を含む。） なし・あり(下記に記入してください。)

氏名	住所	続柄	電話番号	年間総額
安城 花子	安城市桜町〇番△号	子	76-1111	200,000 円
個人住民税及び健康保険において扶養親族になっていますか				<input checked="" type="checkbox"/> なっていない <input type="checkbox"/> なっている
				円
個人住民税及び健康保険において扶養親族になっていますか				<input type="checkbox"/> なっていない <input type="checkbox"/> なっている

2 私以外の世帯員全員の収入等の状況

氏名	前年中の所得（年金を除く。）		前年中の年金収入	
	所得の種類	所得金額	年金の種類	収入金額
安城 さくら		円	国民年金	600,000円
		円		円

3 私の預貯金等の状況（△年△月△日現在）

種類	有無	預貯金先	預貯金額
普通・定期預貯金	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	安城銀行 碧海支店	1,000,000 円
有価証券・社内預金等	<input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無		円

4 私以外の世帯員の預貯金等の状況（△年△月△日現在）

種類	氏名	預貯金先	預貯金額
普通・定期預貯金	安城 さくら	安城銀行 碧海支店	500,000 円
有価証券・社内預金等			円

5 日常生活のために必要な資産以外の状況

 所有している () 所有していない

※内容の分かる書類（申告書・源泉徴収票・振込口座等の通帳等）の写しを添付してください。

《注意事項》 虚偽の申請その他不正な手段によりこの軽減を受けた場合は、軽減額の全部又は一部を返還していただくことがありますのでご注意ください。