

様式第2号

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

(宛先)所 沢 市 長

(太線の枠内をご記入ください。)

被 保 険 者	被保険者番号														生年月日	明・大・昭	年	月	日
	フリガナ												住 所	〒 -					
	氏 名													電話番号	( )	-			
申請理由		1. 市民税非課税世帯者であり、かつ、所得・資産の状況等により生計が困難である。 2. その他 ( )																	
		氏 名		被保険者との続柄		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					明・大・昭・平 年 月 日													
	世帯員					明・大・昭・平 年 月 日													
						明・大・昭・平 年 月 日													
						明・大・昭・平 年 月 日													
上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担限度額の軽減対象の申請をします。																			
年 月 日																			
申請者 住 所.....																			
(被保険者) 氏 名.....電話番号.....																			

【市記入欄】

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日	
有 効 期 限	
年 月 日	

**【 収入等の状況申告書 】**

被保険者氏名		被保険者番号																			
①年間収入※注1 〔前年1月1日～ 12月31日〕 (世帯全員について ご記入ください)	市民税・所得税の 申告の有無 (○でかこむ)										申告している ・ 申告していない										
	本 人										円										
	家族 (続柄)	( )										円									
		( )										円									
( )										円											
②預貯金額等 〔預貯金の他、有価 証券等も含みます〕 (通帳等の写し※ 注2を添付くださ い。)	本 人										円										
	家族 (続柄)	( )										円									
		( )										円									
	( )										円										
③居住地以外の資 産(不動産)の 有無(○でかこむ)	有 ・ 無																				
④親族等の扶養※ 注3の有無 (○でかこむ)	扶養されている ・ 扶養されていない																				
⑤介護保険料の納 付状況 (○でかこむ)	滞納していない ・ 滞納している																				

※注1) 年間収入には「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等を含み、金額には課税収入以外に非課税収入、仕送り等も含みます。

※注2) 通帳等の写しは、1年前から直近までの写しを添付ください。

※注3) 扶養とは、税法上の扶養親族、医療保険の被扶養者、給与計算上の扶養手当支給対象者いずれかに該当している場合に該当します。