

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制度)

フリガナ			確認番号												
被保険者氏名			被保険者番号												
			個人番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女									
住所	〒														
	電話番号														
世帯の状況	氏名	本人との続柄	生年月日	性別	備考										
	本人														
奄美市長 殿 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の確認の申請をします。 なお、この件に関して必要があるときは、私の世帯全員の住民票の原本、市民税・固定資産税の課税台帳等税務資料公簿及び医療保険の加入状況について官公署に照会することに同意します。 添付書類 (別紙1)収入及び資産等の申告書 健康保険証の写し 令和 年 月 日 本人氏名															
申請者 (提出代行者)	住所														
	氏名											電話番号			

市記入欄

交付年月日	令和	年	月	日						
有効期限	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	まで
軽減の対象となる要件	1 住民税世帯非課税									課税・非課税
	2 老齢福祉年金受給者									有 ・ 無
	3 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した金額以下									円
	4 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した金額以下									円
	5 世帯がその居住の用に供する家屋、その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない									有 ・ 無
	6 負担能力のある親族等に扶養されていない									有 ・ 無
	7 介護保険料を滞納していない									有 ・ 無
上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。										
<input type="checkbox"/> 該当 (1/2 1/4) (居住費・滞在費のみ)										
<input type="checkbox"/> 非該当										
令和 年 月 日										
				課長	補佐	係長	係			
利用者負担額割引率 _____ %										