

様式第2号（第6条関係）

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軽減制度)

|                                                                                                                                     |     |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--|----|--|
| フリガナ                                                                                                                                |     |                                                                                                                                                                                                             |  | 被保険者番号 |  |    |  |
| 被保険者氏名                                                                                                                              |     |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
| 生年月日                                                                                                                                |     | 年                                                                                                                                                                                                           |  | 月      |  | 日  |  |
| 性別                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
| 住 所                                                                                                                                 |     | 〒                                                                                                                                                                                                           |  |        |  |    |  |
| 利用者負担<br>軽減申請要件                                                                                                                     |     | 1. 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<br>2. 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<br>3. 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こと<br>4. 負担能力のある親族等に扶養されていないこと<br>5. 介護保険料を滞納していないこと |  |        |  |    |  |
|                                                                                                                                     |     | 氏 名                                                                                                                                                                                                         |  | 生年月日   |  | 性別 |  |
| 備考                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
| 世帯<br>構<br>成                                                                                                                        | 世帯主 |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
|                                                                                                                                     | 世帯員 |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
|                                                                                                                                     |     |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
|                                                                                                                                     |     |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |
| 土岐市長 様<br>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認を申請します。<br>なお、軽減対象者の要件の確認のために必要な事項について官公署に照会することに同意します。<br>年 月 日<br><br>住所<br>申請者 氏名 ⑩ 電話番号 — |     |                                                                                                                                                                                                             |  |        |  |    |  |

※申請要件を証する書面を添付すること

【市記入欄】

|       |           |      |    |    |       |       |
|-------|-----------|------|----|----|-------|-------|
| 決 裁 欄 |           |      |    |    | 処理内容  | 処理年月日 |
| 部長    | 課長        | 課長補佐 | 係長 | 合議 | 交付年月日 | 年 月 日 |
|       |           |      |    |    | 適用年月日 | 年 月 日 |
|       |           |      |    |    | 有効期限  | 年 月 日 |
| 担当者   | 世帯員の課税状況等 |      |    |    |       |       |
|       |           |      |    |    |       |       |