

様式第1号(第4条関係)

社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証交付申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

申請日 年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
被保険者との続柄
電 話 番 号

次のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度の申請をします。

(太線の枠内のみ記入願います。)

(フリガナ)		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		電話番号	
住所			
社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請事由			

※ 裏面にあなたの世帯の状況及び収入、資産、扶養の状況について記入してください。

私の世帯の総収入は、裏面「収入申告書」のとおり相違ありません。

また、軽減対象の確認のため必要があるときは、私の収入状況及びその他の必要事項について、税務資料等の公簿により調査することに同意します。

本人同意欄

収入等申告書

【世帯構成】

	氏名	生年月日	生計中心者に「○」をつけてください。
世帯主			
世帯員			
〃			
〃			

【収入】上の世帯の構成員で、収入がある方全員について記載してください。

	被保険者との続柄	氏名	収入の種類	収入額 (年間の金額)	※保険者記入欄
1				円	
2				円	
3				円	
合 計				円	

(記入上の注意)

- ・ この欄に記載いただく収入は、全て前年の1月から12月までの収入です。(1月から6月までの申請については、前々年の1月から12月までの収入となります。)
- ・ 収入の種類とは、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等をいいます。
- ・ 「収入額」には、課税収入以外に非課税収入、仕送り等も含まれます。
- ・ 収入額は、所得税の算定において必要経費と認められるものについて控除後の額をご記入ください。
- ・ 年金の場合には、証書ごとにご記入ください。

【預貯金等の額】

世帯の預貯金の額	
その他(有価証券等)	

【資産】

	種別	面積等	所有者名	所在地・内容	抵当権
土地	居住用				
	田・畑				
	山林・その他				
建物	居住用				
	その他				

【扶養】いずれかに○をつけてください。

他の世帯の方に扶養されていますか。	1 されている 2 されていない
-------------------	------------------

(記入上の注意)

- ・ 扶養とは、医療保険や税金面での扶養及び仕送り援助等のことです。