

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減)

フリガナ								保険者番号	3	9	3	6	3	7
被保険者氏名								被保険者番号						
								個人番号 (マイナンバー)						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別			男・女						
住所	〒													
利用者負担額軽減申請理由	○住民税非課税世帯で以下の要件を満たしている者 1 単身世帯で年間収入150万円以下(世帯員が1人増えるごとに50万加算した額)であること 2 預貯金等の額が単身世帯で350万円以下(世帯員が1人増えるごとに100万加算した額)であること 3 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと 4 負担能力がある親族等に扶養されていないこと 5 介護保険料を滞納していないこと													
		氏名			生年月日			性別		年間収入額			生計中心者に○を記入	
世帯構成	世帯主	年 月 日生			男・女									
	世帯員	年 月 日生			男・女									
	世帯員	年 月 日生			男・女									
	世帯員	年 月 日生			男・女									
土佐町長 様 上記のとおり利用者負担額にかかる減免申請をします。 なお、この申請に関し必要とする収入状況等を市町村が調査することについて同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者(被保険者) 氏名 電話番号 <被保険者以外が代理で申請する場合> 住所 代理人 氏名 電話番号														

土佐町記入欄

交付年月日	生活保護受給者	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
年月日	市町村民税世帯状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税				
運用年月日	年間収入150万円以下 (1人増えるごとに50万円加算)	<input type="checkbox"/> 以下	<input type="checkbox"/> 超える				
年月日 から	預貯金等350万円以下 (1人増えるごとに100万円加算)	<input type="checkbox"/> 以下	<input type="checkbox"/> 超える	決定区分 (決定・却下)			
有効期限	扶養の状況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	課長	課長 補佐	係長	係
年月日 まで	保険料滞納	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
減額割合	サービス利用者負担 /100 ※第1段階は50/100、その他は25/100を適用する						

収入等申告書

1 市町村民税課税状況

本人	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護受給
----	-------------------

2 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先	預貯金額
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

3 同一世帯員の預貯金等状況(本人除く合計分)

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先	預貯金額
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

4 所得税・町民税課税者で被保険者(本人)を扶養にとっている方の有無

有 氏名 () ・ 無

注1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注2) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

同 意 書

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証のために必要があるときは、官公署、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の属する世帯の世帯員全員の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、土佐町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私および私の属する世帯の世帯員全員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>
住 所

氏 名

<世帯員>
住 所

氏 名

氏 名

氏 名

記入欄が足りない場合は、別紙に記入し添付してください。