

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

被 保 険 者	フリガナ		被保険者 番 号			
	氏 名		性 別	男・女		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	電 話 番 号			
	住 所	〒				
減免申請理由		1. 生活保護受給者 2. 低所得等により、介護サービス費の負担が困難なため				
資産等の状況		居住用以外の土地・家屋及び農地・山林・不動産を所有していますか	はい・いいえ			
		氏 名	令和 年中の年間収入			
		生 年 月 日	※ 非課税収入（遺族年金・障害年金等）も含む			
世 帯 構 成 ・ 収 入 等	世 帯 主	年 月 日	1. 公的年金	円	3. その他	円
			2. 非課税年金	円		
	世 帯 員	年 月 日	1. 公的年金	円	3. その他	円
			2. 非課税年金	円		
		年 月 日	1. 公的年金	円	3. その他	円
			2. 非課税年金	円		
		氏名（口座名義）	金融機関名	支店名	預貯金額	
預 貯 金 等	世 帯 員 全 員				円	
					円	
					円	
<p>玉 野 市 長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担の軽減を申請します。</p> <p>なお、この申請に伴い必要な私、ならびに私の属する世帯の世帯員に関する市民税課税状況及び収入状況、預貯金等、資産、扶養の状況の有無、生活保護受給の有無について、市が調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者（被保険者） 住 所 _____ 氏 名 _____</p> <p>代筆者氏名 _____ 本人との続柄（ _____ ）</p> <p>※本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、本人の同意を得て代筆してください。</p>						
申請書提出者		続柄	配偶者・子・孫・事業所・	連絡先(日中連絡の取れる電話番号)		
			その他（ _____ ）			
提出書類		<p>・本人及び世帯員全員の通帳の写し … 預貯金額（普通・定期） （銀行名・支店名・名義・年金の受給・最終残高（2ヶ月前まで）の分かる部分）</p>				

- 1 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入してください。
 2 書ききれない場合は、裏面に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

玉野市 記入欄	①非課税世帯	②年間収入	③預貯金額等	④資産有無	⑤扶養	⑥保険料滞納