

別記様式第2号（第7条関係）

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

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

大泉町長 村山 俊明 様

下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減確認申請をします。  
 なお、私の世帯の総収入は、裏面「収入等申告書」のとおり相違ありません。  
 また、軽減対象の確認のために必要があるときは、私の収入状況及びその他の必要事項について、  
 税務資料等公簿により調査することに同意します。

本人同意欄	
-------	--

（太線の枠内のみ記入してください。）

（フリガナ）		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日			
住所	電話番号		
社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請事由	1. 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下の者 2. 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外の者 3. その他（ ）		

※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。

【町記入欄】

交付年月日	備	考
年 月 日	税務課課税台帳状況	確認
適用年月日	・市町村民税世帯	課税 ・ 非課税
年 月 日	・世帯総収入額	_____円（該当上限 万円）
有効期限	・世帯総預貯金等額	_____円（該当上限 万円）
年 月 日	・資産（居住に要する者以外）	有り ・ 無し
	・扶養（仕送り・援助）	有り ・ 無し
	・介護保険料	完納 ・ 滞納

該当 ・ 非該当
----------

## 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】（収入がある場合は、収入があった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1～12月分の収入です。（1～6月中の申請については、前々年1～12月分の収入となります。）
- ・「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。
- ・必要経費や各種の控除がなされる前の収入をご記入ください。
- ・年金の場合には、証書ごとにご記入ください。（例：老齢福祉年金〇〇円 等）

### 【預貯金等の額】

世帯の預貯金の額	円
その他（有価証券）	円

### 【資 産】（世帯が所有する居住用以外の土地・建物があれば記載してください。）

種 別	面 積 等	所 有 者 氏 名	所 在 地 又 は 内 容	抵 当 権
土 地	居住用	m <sup>2</sup>		有・無
	田・畑	m <sup>2</sup>		有・無
	山林・その他	m <sup>2</sup>		有・無
建 物	居住用	m <sup>2</sup>		有・無
	その他	m <sup>2</sup>		有・無

### 【扶 養】（いずれかに○をつけてください。）

他の世帯の方の扶養を受けていますか。	1 受けている ・ 2 受けていない
--------------------	--------------------

（記入上の注意）

- ・扶養とは、あなたを医療保険や税金面で扶養にとっている場合や、仕送り援助等をしている場合です。