

**社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書**  
(社会福祉法人等による利用者負担の減免措置)

フリガナ 被保険者氏名			確認番号															
			被保険者番号															
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		性別	男・女														
利用者負担額 減免申請理由	介護サービス費の支払が高額であるため																	
	氏名		生年月日		性別		備考											
世帯 構成	世帯員 (被保険者以外の方)			明治・大正・昭和 年 月 日		男・女												
				明治・大正・昭和 年 月 日		男・女												
				明治・大正・昭和 年 月 日		男・女												
				明治・大正・昭和 年 月 日		男・女												
				明治・大正・昭和 年 月 日		男・女												
<p align="center"><b>阿賀町長 様</b></p> <p>社会福祉法人等による利用者負担額減免対象の申請をします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p align="right">電話番号</p>																		

**申告書 (被保険者分)**

※記入の際には必ず裏面をご参照ください。

フリガナ 被保険者氏名			減免に係る各要件を確認する 為、阿賀町長が公簿等により調査 確認することに同意します。				同意する
							印
年間の給与収入額	年間の事業収入額	年間の年金収入額 (※)	その他収入額				
円	円	円	円				
預貯金残高 (※)	定期積立額 (※)	有価証券の保有 (※)	債権の保有 (※)				
円	円	有・無	有・無				
日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないか		はい・いいえ					
負担能力のある親族等に扶養されていないか		はい・いいえ					

**被保険者の属する世帯で、被保険者以外の方は別紙申告書に記入してください。**  
(家族の方全員の申告が必要となります。)

## 申告書（家族分）

※記入の際には必ず裏面をご参照ください。

フリガナ 氏名	減免に係る各要件を確認する 為、阿賀町長が公簿等により調査 確認することに同意します。			同意する
				印
年間の給与収入額	年間の事業収入額	年間の年金収入額（※）	その他収入額	
円	円	円	円	
預貯金残高（※）	定期積立額（※）	有価証券の保有（※）	債権の保有（※）	
円	円	有 ・ 無	有 ・ 無	

## 申告書（家族分）

※記入の際には必ず裏面をご参照ください。

フリガナ 氏名	減免に係る各要件を確認する 為、阿賀町長が公簿等により調査 確認することに同意します。			同意する
				印
年間の給与収入額	年間の事業収入額	年間の年金収入額（※）	その他収入額	
円	円	円	円	
預貯金残高（※）	定期積立額（※）	有価証券の保有（※）	債権の保有（※）	
円	円	有 ・ 無	有 ・ 無	

## 申告書（家族分）

※記入の際には必ず裏面をご参照ください。

フリガナ 氏名	減免に係る各要件を確認する 為、阿賀町長が公簿等により調査 確認することに同意します。			同意する
				印
年間の給与収入額	年間の事業収入額	年間の年金収入額（※）	その他収入額	
円	円	円	円	
預貯金残高（※）	定期積立額（※）	有価証券の保有（※）	債権の保有（※）	
円	円	有 ・ 無	有 ・ 無	

被保険者の属する世帯で、被保険者以外の方は別紙申告書に記入してください。  
(家族の方全員の申告が必要となります。)

## 添付書類

※年間の年金収入額に記入した方で、老齢福祉年金又は障害者年金又は遺族年金受給の方は、収入要件を確認するため、年金証書又は年金支払通知の写しを必ず添付してください。

「上記以外の年金（国民年金、厚生年金、その他）を受給されている方は書類の添付は不要です。」

※預貯金残高・定期積立額に記入した方は、預貯金等要件を確認するために申請者及び世帯全員の方の預金通帳と証書の写しを必ず添付してください。

（概ね申請日時点の預貯金残高、定期積立額の写しをお願いします。）

※有価証券・債権をお持ちの方は、その写しを必ず添付してください。

- ・ 申請書に上記の書類が添付されていなかった場合は、減免の対象とはなりませんのでご注意ください。