

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名			確認番号		
			被保険者番号		
生年月日	年	月	日	性別	男・女
利用者負担額 減免申請理由					
世帯構成	世帯員 ※ 被保険者以外の方	氏名	生年月日	性別	備考
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
<p>阿賀町長 様</p> <p>社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>電話番号</p> <p>氏名</p>					

申告書及び同意書 (被保険者分)

※記入の際は裏面をご参照ください。

フリガナ 被保険者氏名	軽減に係る要件を確認する為、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。			
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		

同居しているご家族がいる場合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】

以下の書類は、世帯全員分が必要となります。

- 1 障害者年金又は遺族年金を受給している方は年金支払通知の写しを添付してください。
※国民年金、厚生年金を受給している方は書類の添付不要です。
- 2 預金通帳の写し（申請日から12か月前の残高額の写し）
※残高額に関わらず世帯全員の通帳が対象となります。
- 3 有価証券（株式等）、国債などの債権、個人年金（公的年金以外の年金）、定期積立預金、積立（貯蓄）型保険等がある場合は、その金額が確認できる書類の写しを添付してください。

【該当要件】

- 1 市町村民税非課税世帯であること
- 2 年間収入が単身世帯で150万円以下であること
（世帯員が1人増すごとに50万円を加算した額）
- 3 預貯金や有価証券、債券等の額が単身世帯で350万円以下であること
（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 負担能力のある親族（市町村民税が課税されている者）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

申告書及び同意書（家族分）

フリガナ 被保険者氏名		軽減に係る要件を確認する為、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。	
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

申告書及び同意書（家族分）

フリガナ 氏 名		軽減に係る要件を確認する為、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。	
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

申告書及び同意書（家族分）

フリガナ 氏 名		軽減に係る要件を確認する為、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。	
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