

第2号様式(第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担軽減事業)

フリガナ		確認番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 ー								
	電話番号								
利用者負担軽減申請理由									
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○印					
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
対象者の課税対象外年金収入確認	種類(該当に○をつけてください)		(有の場合) 年 額						
	遺族年金	有 ・ 無	別紙申告書に記載						
	障害年金	有 ・ 無	別紙申告書に記載						
	恩給【軍人恩給等含む】	有 ・ 無	別紙申告書に記載						
宇佐市長 様									
上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請をします。									
年 月 日									
申請者	住 所						電話番号		
	氏 名	印							
	(被保険者との関係)								

※ 社会福祉法人等利用者負担軽減申告書を添付してください。

	1. 収入要件	2. 預貯金要件	3. 資産	生活保護	決定
宇佐市記入欄	本人収入+世帯員(人)収入 $\div 150 + 50 \times (\text{人}) \text{万}$ = 以下 ・ 超過 該当 ・ 非該当	本人預貯金+世帯員(人)預貯金 $\div 350 + 100 \times (\text{人}) \text{万}$ = 以下 ・ 超過 該当 ・ 非該当	有 ・ 無	有 ・ 無	該当 1/4 1/2 非該当
			4. 扶養	老齢福祉年金	
			有 ・ 無	有 ・ 無	
			5. 滞納	旧措置	
			有 ・ 無	利用者負担割合 (5%以下は非該当) 該当・非該当	

社会福祉法人等利用者負担軽減申告書

年 月 日

宇佐市長 殿

1. 収入(仕送りも含む) (添付書類:年金支払通知書の写しなど)

氏名	生年月日	続柄	収入額(年中)		市確認欄
			種類	金額(年額)	添付書類
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
合計				円	

2. 預貯金等(有価証券等も含む) (添付書類:金額が確認できる証書及び通帳の写し)

氏名	生年月日	続柄	預貯金額		市確認欄
			種類	金額(年額)	添付書類
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
合計				円	

3. 資産状況(居住用の土地家屋その他日常生活に必要な資産以外)

氏名	生年月日	続柄	資産		活用の有無	市確認欄
			種類	資産額		添付書類
				円	有・無	有・無
				円	有・無	有・無
				円	有・無	有・無
				円	有・無	有・無
合計				円		

4. 扶養者の有無

有・無	氏名	生年月日	続柄	収入状況		市確認欄
				収入・預貯金・資産等の種類	金額	添付書類
				円	有・無	
				円		
				円		

5. 加入している健康保険の種類 ()

私及び私の世帯員の収入額等について以上のとおり申告します。
 この申告内容に虚偽、不備等がある場合、軽減措置の決定が取り消されても異議ありません。
 なお、確認に関し必要がある場合は、私及び私の属する世帯の世帯員又は生計を一にする者の収入状況について市が官公署、その他関係機関に照会することに同意します。

被保険者 住所

氏名

印