

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	〒 -						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 /150+50×(人)万 =	本人預貯金+世帯員(人)預貯金 /350+100×(人)万	有 ・ 無	有 ・ 無	該当 1/4 1/2	
			4. 扶養	老齡福祉年金		
				有 ・ 無	有 ・ 無	
	以下 ・ 超過 該当 ・ 非該当	以下 ・ 超過 該当 ・ 非該当	5. 滞納	有 ・ 無	旧措置 利用者負担割合 (5%以下は非該当) 該当・非該当	非該当