

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
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		
				円	有・無	
				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、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