

様式第2号(第5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の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名	確認番号		
	被保険者番号		
生年月日	性別	男・女	
住所	〒  電話番号( )		
利用者負担額 軽減申請理由			
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	無・有	別紙申告書に記載
	障害年金	無・有	別紙申告書に記載
	恩給(軍人恩給等含む)	無・有	別紙申告書に記載
<p>豊後大野市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>なお、今後所得状況等が調査必要な場合、公簿等による確認を承認します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 印</p>			

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	1.収入要件 本人収入・世帯員(人)収入 / 150+50×(人)万 = 以下・超過 該当・非該当
年 月 日 から	2.預貯金要件 本人預貯金・世帯員(人)預貯金 / 350+100×(人)万 = 以下・超過 該当・非該当
有効期限	3.資産 有・無 その他 生活保護 有・無
年 月 日 まで	4.扶養 有・無 老齢福祉年金 有・無
	5.滞納 有・無 利用者負担 有・無