

社会福祉法人等利用者負担軽減対象申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

城陽市分

あて先 城陽市長  
 下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。  
 なお、軽減対象の確認のために、必要な課税資料を調査されることに同意します。  
 年 月 日  
 住所  
 申請者 (被保険者本人) 氏名 電話番号

被保険者 氏名	保険者番号	2 6 2 0 7 1									
	被保険者番号	0	0	0	0						
	個人番号										
生年月日	□明 □大 □昭 年 月 日										
生活保護受給	□あり □なし										
施設入所中の 場 合	施設名 ( ) 入所年月 ( 年 月 ~ )	施設入所 前の住所	〒 -								
世帯構成 (入所前の)	氏 名 (続 柄)	生年月日	個人番号								
	( )	□明 □大 □昭 年 月 日									
	( )	□明 □大 □昭 年 月 日									
	( )	□明 □大 □昭 年 月 日									

※ この申請書に「社会福祉法人等利用者負担軽減申請にかかる申告書」を添付してください。  
 (生活保護受給者は不要です)

※ 施設入所者については、入所前の世帯構成を記入してください。

\* 以下市記入欄(記入しないでください)

下記のとおり決定し、通知してよろしいか。

第《 》号 確認番号《 》号

課 長	課長補佐	係 長 等	係 員

交付年月日	年 月 日	□承認 □不承認	備 考
適用年月日	年 月 1日から		送付先
有効期限	年7月31日まで		□ 施設
適用割合	1/4・1/2・全額		□ その他 ( )

世帯人数		人	
①世帯収入金額	円	市民税非課税・市民税課税	認 ・ 否
②預貯金額	円		認 ・ 否
③資産関係	居住用以外の資産 有 ・ 無		認 ・ 否
④扶養関係	有 ・ 無	市民税非課税・市民税課税	認 ・ 否
⑤保険料滞納	有 ・ 無		認 ・ 否
⑥老齢福祉年金	有 ・ 無		認 ・ 否