

(様式第1号)

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					被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
住所	〒 電話番号										
世帯構成	世帯主	氏名	生年月日	性別	収入の状況 (国民、厚生、共済、個人年金・他各収入等)						
	世帯員		年 月 日		・年金(令和 年度分 年金 円) ・その他(円)						
			年 月 日		・年金(令和 年度分 年金 円) ・その他(円)						
			年 月 日		・年金(令和 年度分 年金 円) ・その他(円)						
			年 月 日		・年金(令和 年度分 年金 円) ・その他(円)						
美深町長 山口信夫様 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制度対象の確認を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 ④ 電話番号											

同意書	
美深町長 山口信夫様	
私は令和 年度社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の決定のため、私の収入状況及び世帯全員の市町村民税課税状況について、税務部局(または他の市町村)保有の所得等の情報により状況を把握し、利用者負担の軽減制度を算定することについて、同意いたします。	
令和 年 月 日 住所 氏名 ④	

市(町村)記入欄

交付年月日	有効期限	備 考	
年 月 日	年 月 日	課税・非課税	収 _____ ~
適用年月日		課税・非課税	収 _____ ~
年 月 日			