

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				確認番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日		年 月 日				
住所		〒				
		電話番号				
利用者負担額軽減申請理由						
区分	氏名	生年月日	令和7年分収入額	預貯金等額	有価証券債券等の有無(額)	
世帯構成	本人				有・無 ()	
	世帯員				有・無 ()	
						有・無 ()
						有・無 ()
						有・無 ()
						有・無 ()
資産に関する申告	<input type="checkbox"/> 日常生活に供する資産(自宅、田畑)以外に活用できる資産はありません。					
扶養に関する申告	<input type="checkbox"/> 税・医療保険で、負担能力のある親族等に扶養されていません。					
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確認の申請をします。						
年 月 日						
(申請者)		住所	〒			
		氏名	電話番号			
			(続柄:)			
添付書類	1. 収入を証する書類(源泉徴収票・年金支払通知書・確定申告書等の写し) 2. 預貯金等を証する書類(通帳・有価証券・債券等の写し又は一覧表) 3. 資産を証する書類(固定資産税課税通知書・資産証明書等の写し) 4. 医療保険の加入を証する書類(74歳以下の方のみ) ※生活保護受給者については添付書類不要					
甲賀市長 あて						
この申請に係る申告内容は、事実と相違ありません。 なお、軽減対象確認のために必要な場合は、世帯全員の所得状況等必要な事項について、関係機関に照会することに同意します。						
年 月 日						
		< 本人 >	住所			
			氏名			
		(代筆の場合)				
		代筆者氏名	(本人との関係:)			