

フリガナ	コウカ タロウ		確認番号			
被保険者氏名	甲賀 太郎		被保険者番号	6012345		
生年月日	昭和12年 1月 1日					
住所	〒528-0005 甲賀市水口町水口5609番地		電話番号 0748-65-0000			
利用者負担額 軽減申請理由	低所得のため			税・医療保険では、 (0000)の 扶養家族となっている		
区分	氏名	生年月日	R6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	甲賀 太郎	S12.1.1	¥1,300,000	¥3,137,074	有・無 ()
	世帯員	甲賀 花子	S13.12.2	¥860,000	¥2,917,768	有・無 ()
		甲賀 小太郎	S37.3.3	¥540,000	¥123,456	有・無 (株式●●●円)
						有・無 ()
<p>甲賀市</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減免対象の申請をします。</p> <p>令和 7 年 7 月 5 日 電話番号 0748-65-0000</p> <p>(申請者) 住所 甲賀市水口町水口6053番地</p> <p>氏名 甲賀 一郎 (続柄：子)</p>						
添付書類	<p>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)</p> <p>2. 預貯金等を証する書類(通帳・有価証券・債券等の写又は一覧表)</p> <p>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)</p> <p>4. 医療保険証のコピー(74歳以下の方のみ)</p> <p>※生活保護受給者については添付書類不要</p>					
<p>この申請にかかる「預貯金等額」「資産」の申告は、事実と相違ありません。</p> <p>令和 7 年 7 月 5 日</p> <p>住所 甲賀市水口町水口5609番地</p> <p><本人>氏名 甲賀 太郎</p>						
<p>同意書</p> <p>この度、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認の申請をしましたが、確認の判断基準となる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。</p> <p>令和 7 年 7 月 5 日</p> <p><本人> 甲賀 太郎</p>						

税法上、どなたかの扶養になっている場合はここに誰の扶養になっているか記入してください。

いずれかに○をつけてください。

住民票を同じくする世帯員全員を記入してください。

ここでいう収入には、遺族年金や障害年金、恩給、仕送り等、税法上の収入でないものも全て含まれます。

通帳等の預貯金額を記入してください。(定期等含む。)

押印してください。