

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					税・医療保険では、 ()の 扶養家族となっている		
区 分		氏 名	生年月日	令和6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 ()
						有・無 ()	
甲賀市長 あて 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。 令和 年 月 日 (申請者) 住所 電話番号 氏名 (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) 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) 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) 4. 医療保険証のコピー(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					
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。 令和 年 月 日 〈本人〉住所 氏名							
同 意 書 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。 令和 年 月 日 〈本人〉 _____ 印							