

様式第2号

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

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	性別		
住所	〒 電話番号			
利用負担軽減申請理由				
世帯構成	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください
	世帯主			
	世帯員			
<p>(宛て先) 久御山町長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名</p>				

- 添付書類 ・ 介護保険被保険者証
- ・ 世帯全員の市長村民税の課税状況が確認できる書類(申請を行う日の属する年の1月1日に本町の住民基本台帳に登録がないとき。)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請事由書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	

本人を含む世帯員の数		人
世帯の年間収入額		円
世帯の預貯金等の額		円
世帯における居住用等以外の資産の有無	有 無	資産の内容 ()
扶養者の有無	有 無	扶養者の氏名 ()

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請にあたっての事由は、上記のとおり相違ありません。また、上記の申告にあたり、下記の事項に同意します。

1. 久御山町及び他の行政機関に、私の市町村民税の課税状況を照会(閲覧)すること。
2. 久御山町及び他の行政機関に、私の資産の所有状況を照会(閲覧)すること。
3. 久御山町及び他の行政機関に、私の被扶養状況を照会(閲覧)すること。
4. 金融機関に、私の預貯金等の金額を照会すること。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

久 御 山 町 長 様