別記第１様式（第５条関係）

社会福祉法人七飯町社会福祉協議会利用者負担軽減対象者確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 確認番号  被保険者番号 |  | |
| 被保険者氏名 | |  |
|  |
| 生年月日 | |  | | | |
| 住所 | | （郵便番号　　　　－　　　　　）　　　電話番号　　　　　－ | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | |  | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | 生計中心者に○をつけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  | |  |
| 世帯員 |  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 社会福祉法人七飯町社会福祉協議会  会　長　伊藤　千惠子　殿  　上記のとおり関係書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担軽減額軽減対象者であることの確認をしていただきますよう申請をします。  　なお、確認に関して、私の世帯について必要な課税資料等を閲覧することに同意します。    年　　　月　　　日  　　　　住　所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

＊＊記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 市民税世帯情報 | 審査結果 | 生活保護基準 |
| 年　　月　　日 | 課税・非課税 | 承　認・不承認 | 以 上・以 下 |
| 適用年月日 | 老齢福祉年金受給 | 不承認及び理由等 | |
| 年　　月　　日  から | あ り・な し | １　年間収入要件に非該当  ２　預貯金等要件に非該当  ３　資産要件に非該当  ４　扶養要件に非該当  ５　保険料滞納による非該当  ６　その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 有効期限 | 備考 |
| 年　　月　　日  まで |  |

別記第１様式（第５条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載例

社会福祉法人七飯町社会福祉協議会利用者負担軽額軽減対象者確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | シャキョウ　タロウ | 確認番号  被保険者番号 |  | |
| 被保険者氏名 | |  |
| 社　協　　太　郎 |
| 生年月日 | | 昭和　１年　１月　１日 | | | |
| 住所 | | （郵便番号０４１－１１１１）　　　電話番号０１３８－６５－２０６７  七飯町本町４丁目８番１号 | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | | ＊生活保護世帯の場合は、「生活保護受給のため」と記入  ＊非課税世帯の場合は、「非課税世帯のため」と記入 | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | 生計中心者に○をつけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 社　協　　太　郎 | 昭和１年１月１日 | | ○ |
| 世帯員 | 社　協　　花　子 | 昭和２年２月２日 | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 社会福祉法人七飯町社会福祉協議会  会　長　伊藤　千惠子　殿  　上記のとおり関係書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担軽減額軽減対象者であることの確認をしていただきますよう申請をします。  　なお、確認に関して、私の世帯について必要な課税資料等を閲覧することに同意します。    ２８年　　６月　　１日  　　　　住　所　　函館市函館１－１－１  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　０１２０－５６－７６０２  　　　　氏　名　　社　協　　　花　太　郎　　印 | | | | | |

＊＊記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 市民税世帯情報 | 審査結果 | 生活保護基準 |
| 年　　月　　日 | 課税・非課税 | 承　認・不承認 | 以 上・以 下 |
| 適用年月日 | 老齢福祉年金受給 | 不承認及び理由等 | |
| 年　　月　　日  から | あ り・な し | １　年間収入要件に非該当  ２　預貯金等要件に非該当  ３　資産要件に非該当  ４　扶養要件に非該当  ５　保険料滞納による非該当  ６　その他（　　　　　　　　　　　　） | |