

## 社会福祉法人利用者負担軽減対象認定申請書

フリガナ		保険者番号	2	3	2	1	7	3																																																						
被保険者 氏名		個人番号																																																												
		被保険者番号																																																												
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女																																																											
住所	〒 - (連絡先 - - )																																																													
申請理由																																																														
利用するサービス	1.介護老人福祉施設（旧措置入所者に 該当する・該当しない） 2.居宅サービス（訪問介護の軽減者に 該当する・該当しない）																																																													
江南市長  申請に係る決定のために必要な場合は、私の世帯の世帯主及び世帯員の住民税、固定資産税に関する課税資料及び公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無等の資料を確認されることに同意します。  < 被保険者 > <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">氏名</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> </table> < 配偶者 > <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">住所</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 10%;">個人番号</td> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>連絡先</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">- -</td> </tr> </table> < 被保険者を扶養している者(被保険者との関係: ) > <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">住所</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 10%;">個人番号</td> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>連絡先</td> <td colspan="10" style="text-align: center;">- -</td> </tr> </table> ※「被保険者を扶養している者」とは、被保険者の介護者である、生活費や介護サービス費等を負担している、など被保険者の生計を担っている方です。									氏名		住所		個人番号											氏名		連絡先	- -										住所		個人番号											氏名		連絡先	- -									
氏名																																																														
住所		個人番号																																																												
氏名		連絡先	- -																																																											
住所		個人番号																																																												
氏名		連絡先	- -																																																											

添付書類：収入等申告書 居宅介護支援事業所名又は施設名( )

フリガナ		提出日	年 月 日					
提出者 氏名		被保険者との関係						
住所	〒 - (連絡先 - - )							

# 収入等申告書

江南市長

社会福祉法人による利用者負担の軽減対象の認定申請にあたり、下記のとおり申告します。

氏名

## ① 収入の状況について

氏名		(申請者)	(世帯員)	(世帯員)
種類				
年中の収入	年金等収入 (年金)	円	円	円
	不動産収入	円	円	円
	利子・配当収入	円	円	円
	その他の収入	円	円	円
合計		円	円	円

※ 源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し、その他の収入のわかる書類で確認してください。

※ 年金等収入は、年金及び給与の支払い額(控除前の額)を記入してください。また、遺族年金、障害年金などの非課税年金も含まれます。

## ② 預貯金等の状況について

氏名		(申請者)	(世帯員)	(世帯員)
種類				
預貯金額		円	円	円
有価証券 (評価概算額)		円	円	円
その他 (現金・債権など)		円	円	円

## ③ 資産等の状況について

日常生活に供する資産(居住している家屋及びその土地)以外に活用できる資産がありますか	1. ある	2. なし
--	-------	-------

## ④ 扶養の状況について

税法上の扶養親族、または健康保険における被扶養者となっていますか	1. いる	住所		
		氏名	続柄	
	2. いない			

## ※処理欄

<input type="checkbox"/>	届出人 身元確認	個人番号カード・運転免許証・障害者手帳・住基カード(写真あり) 介護支援専門員証・その他( )
<input type="checkbox"/>	個人番号確認	個人番号カード・通知カード(ただし氏名、住所などが住民票と一致している場合)・その他( )
<input type="checkbox"/>	委任	委任状・戸籍・介護保険被保険者証・その他( )

受付者 ( )