

社会福祉法人による利用者負担額軽減申請書

フリガナ			被保険者番号		
氏名			個人番号		
			確認番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別
住所	〒 遠別町字				
	電話番号				
申請理由	1 市町村民税非課税世帯であり、かつ、所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため 2 軽減対象者に該当すると思われ、老齢福祉年金受給者であるため 3 生活保護受給者であるため				
	氏名	生年月日	性別	個人番号	備考
世帯主					
世帯員					
遠別町長 様 社会福祉法人等による利用者負担額軽減について、必要書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 被保険者との関係 氏名 ()					
次の全ての要件を満たすことを申告いたします。 (1) 住民税が世帯で非課税あること (2) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること ※ 年間収入には非課税収入や仕送りなども含みます。 ※ 事業収入等については、所得税の算定において必要経費と認められるものについて収入額から控除できます。 (3) 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること ※ 預貯金等には、有価証券等も含みます。 ※ 預金通帳のコピーが必要です。 (4) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと ※ ここでいう資産とは、預貯金や有価証券以外のもので、収入を補うため活用できるものをいいます。 (5) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと ※ 市町村民税の控除対象者や医療保険の被扶養者となっていないことをいいます。 (6) 介護保険料を滞納していないこと (7) 生活保護の適用を受けていないこと					

市 町 村 記 入 欄

交付年月日	適用年月日	有効期限
年 月 日	年 月 日～	年 月 日
備考欄		