社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書〈令和６年度〉

フリガナ		保険者番号	２５２１３０
氏　　名		被保険者番号	
生年月日			
住　　所	〒 電話番号（　　－　　－　　）		
申請理由	社会福祉法人等による利用者負担軽減を受けたいため		

		氏　名	生年月日	生計中心者に〇を付けてください。
世帯構成員	世帯主			
	世帯員			

東近江市長　　様

社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置を受けたいので、上記のとおり申請します。

なお、この申請に伴う軽減の対象者の要件確認のため、私及び私の属する世帯員の住民基本台帳、市民税・県民税の課税状況、固定資産課税台帳その他公簿を閲覧することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

申 請 者

（被保険者）氏　　名

※市記入欄

確認書類等	確認書類〔　　〕
交付年月日	市民税世帯課税状況　→　課税世帯　・　非課税世帯
令和　年　月　日	生活保護受給者　→　該当　・　非該当 老齢福祉年金受給者　→　該当　・　非該当
適用年月日	世帯収入額　→　　円（基準 150 万円＋（50 万円×世帯員数－1））
令和　年　月　日	世帯預金額　→　　円（基準 350 万円＋（100 万円×世帯員数－1）） 世帯の居住用以外の資産　→　所有あり　・　所有なし
有効期限	扶養状況　→　扶養あり　・　扶養なし　　介護保険料滞納　→　有　・　無
令和　年　月　日	認定結果　非該当　・　該当　⇒　２５　・　５０　・　１００ 確認日　令和　年　月　日　（確認者　　）

受付	審査	入力

提出者　住所

氏名　　電話番号