

(様式1)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)【新規・更新】

フリガナ											個人番号										
氏名																					
生年月日										被保険者番号											
明治・大正・昭和										年 月 日											
住所	〒 _____																				
	電話 (_____) _____																				
申請理由	経済的困窮 ・ 生活保護受給 ・ その他 (_____)																				
非課税 年金収入 確認	種類 (該当に○をつけてください)										(有の場合) 年額										
	遺族年金										無 ・ 有					別紙申告書に記載					
	障害年金										無 ・ 有					別紙申告書に記載					
	恩給 (軍人恩給等含む)										無 ・ 有					別紙申告書に記載					
<p>中津市長 あて</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。 なお、今後所得状況等の調査が必要な場合、公簿等による確認を承認します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>																					

※社会福祉法人等利用者負担軽減申告書及び添付書類を添付して下さい。

	1. 収入要件	2. 預貯金要件	3. 資産	生活保護	決定
中津市 記入欄	本人収入+世帯員(人)収入 /150+50×(人)万 =	本人預貯金 +世帯員(人)預貯金 /350+100×(人)万 =	有 ・ 無	有 ・ 無	該当 1/4・1/2 ・ 非該当
			4. 扶養	老齢福祉年金	
			有 ・ 無	有 ・ 無	
			5. 滞納	旧措置	
	以下・超過 該 当・非該当	以下・超過 該 当・非該当	有 ・ 無	利用者負担割合 (5%以下は非該当) 該当・非該当	

【中津市決裁欄】

課長	主幹	担当	備考	特例措置対象者確認欄	決定

(表面)

同意書

中津市長

社会福祉法人等利用者負担軽減制度のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社、その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の世帯員（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、中津市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

【被保険者本人】

住所

氏名

【世帯員】

住所

氏名

【世帯員】

住所

氏名

【世帯員】

住所

氏名