

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軽減制度)			
フリガナ 被保険者氏名		確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
	氏 名	生年月日	性別
世帯構成	世帯主		
	世帯員		
利用者負担額 軽減対象申請 事由	市民税非課税世帯であり、以下の対象となる要件に該当するため。 ・単身世帯で収入 150 万円、世帯員 1 人増えるごとに 50 万円を加算した額以下であること。 ・単身世帯で預貯金が 350 万円、世帯員 1 人増えるごとに 100 万円を加算した額以下であること。 ・居住用資産以外に活用できる資産を所有していないこと。 ・負担できる親族に扶養されていないこと。 ・介護保険料を滞納していないこと。		
藤 枝 市 長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。 平成 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 電話番号			
市記入欄			
交付年月日	世帯の収入状況等		
年 月 日			
適用年月日	利用者負担段階	軽 減 率	
年 月 日 から	第 段階	/100	
有効期限	結 果	確 認	
年 月 日 まで	承認・不承認		

この申請書の他に、所定の収入申告書・資産申告書及び健康保険被保険者証の写しを添付すること。