様式第1号（第4条関係）

利府町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）

フリガナ		確認番号		
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 _____ _____ 電話番号 (_____)			
利用者負担額 軽減申請理由	1 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 2 世帯の収入見込額が基準額以下である等の要件に該当する者			
入所している 施設の名称等	名称	住所		
世帯構成	氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください。
世 帯 主		年 月 日		
世 帯 員		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
利府町長 熊 谷 大 殿 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確認申請を します。 令和 年 月 日 住 所 _____ 申請者 _____ 氏 名 _____ なお、当該軽減対象確認に係る審査のために必要がある場合には、利府町 が私及び私の世帯員の所得状況等について確認することに同意します。				

【 町記入欄 】

交付年月日	備 考			
令和 年 月 日	保険料納付状況：			
適用年月日	滞納 なし・あり / 一部納付 / 納付誓約書			
令和 年 月 日	負担限度額段階	1	2	3 非該当
有効期限	課税年金収入	円		
	合計所得金額	円		
	令和 年 月 日	その他収入・資産状況	有	無