記入例

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	リフ　タロウ	確認番号	
被保険者氏名	利府　太郎	被保険者番号	１１１１
生年月日	昭和１０年１０月１０日生	性別	(男)・女
住所	〒９８１－０１３３ 利府町青葉台一丁目３２番地 電話番号０２２（３５６）１３３４		
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：特別養護老人ホーム●●●●	住所：利府町●●●● （被保険者の住所と同じ場合は同上）	

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	利府　太郎	昭和10年10月10日	男	○
世帯員	利府　花子	昭和11年11月11日	女	
		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。

被保険者本人で申請願います。

月●●日

住　所　利府町青葉台一丁目３２番地

申請者

氏　名　利府　太郎

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
令和　年　月　日	合計所得金額　円
	その他収入・資産状況　有　無