

鳴門市社会福祉法人等利用者負担軽減事業利用申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ		保険者番号	3 6 2 0 2 0
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		性別	男 ・ 女
住 所	〒 ー 電話番号 ー		
利用者負担額 軽減申請理由			
<p>(宛先) 鳴門市長</p> <p>上記のとおり、収入等申告書を添えて、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認申請をします。</p> <p>なお、申請にあたり、世帯等の市民税の課税状況、収入額、資産(預貯金・不動産等)及び扶養の有無等を官公署及び関係人等に確認することについて、同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>申請者 氏 名 電話番号 () ー</p> <p style="text-align: center; margin-right: 100px;">Ⓜ</p>			
利用予定の社会福祉法人等の事業所		電話番号	() ー

市記入欄

交付年月日	備 考	担当
年 月 日	区 分	内 容
	(1)生活保護受給の有無	有 ・ 無
	(2)市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税
適用年月日	(3)年金等年間収入額	円
年 月 日から	(4)預貯金額	円
	(5)不動産等活用	有 ・ 無
有効期限	(6)扶養関係	有 ・ 無
年 月 日まで	(7)保険料滞納	有 ・ 無
	(8)老齢福祉年金の受給	有 ・ 無

収入等申告書

(鳴門市社会福祉法人等利用者負担軽減事業利用申請)

年 月 日

(宛先)
鳴門市長

住所

氏名

(被保険者との続柄)

私の 年中の収入について下記のとおり申告します。

種 類		金 額 (年 額)	
収 入	年金等収入 () 年金	円	
	財産収入	円	
	利子・配当収入	円	
	その他の収入	円	
	計	円	
そ の 他	現金及び預貯金額		
	有価証券、債権の保有	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	不動産等活用資産の状況 (現に居住する土地、家屋以外)	<input type="checkbox"/> 有り 有りの場合その所在地、状況 <input type="checkbox"/> 無し ()	
	扶養関係	被扶養者は	<input type="checkbox"/> () に扶養されている <input type="checkbox"/> 扶養されていない
		同一世帯員や家族は	<input type="checkbox"/> 被保険者を扶養している <input type="checkbox"/> 被保険者を扶養していない
	被保険者の介護保険料の滞納	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	

※ 源泉徴収票の写し等、1年間の収入のわかるものを添付してください。

※ 住民票上の同一世帯員全員分を提出してください。