**社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 確認番号 |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　　所 | 〒775-　徳島県海部郡海陽町電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| 自　己　申　告　欄 |
| 当てはまる方を○で囲んでください | 説　　　　　　　　　　　　明 |
| 世帯全員の預貯金の額が右の基準額以下か以下　・　超えている | 世帯全員の預貯金等（債権や有価証券等を含む）の額が1人世帯の場合350万円、1人増えるごとに100万円を加算した額以下かどうかをお聞きしています。（2人：450万円、3人：550万円、4人：650万円、5人：750万円………） |
| 世帯全員に日常生活に供する以外の資産がないかない　・　ある | 世帯全員に、自らの住まい等、日常生活に供する資産以外の住居や土地など、活用（貸して家賃を徴するなど）できる資産がないかどうかをお聞きしています。 |
| 負担能力のある他の親族等に扶養されていないかいない　・　いる | 市町村民税の控除対象者や、医療保険の被扶養者となってないか、また、親族から生活費の援助を受けたりして扶養されていないかをお聞きしています。 |
| 海陽町長　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。　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　住所　　　　申請者　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号　　　　　　　　　　　　　※本人の申請の場合、住所及び電話番号は省略しても可　 |

海陽町記入欄（記入しないでください）

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 世　　帯　　状　　況　　欄 |
| 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人№ | 氏　　　　名 | 所得状況等 | 町民税課税状況 | 滞納状況 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（備考：） |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日まで |