

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いないか、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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> 年 月 日 住所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> 申請者 氏名 印 電話番号 </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">※本人の申請の場合、住所及び電話番号は省略しても可</p>									

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					
適用年月日					
年 月 日か ら					
有効期限					
年 月 日ま で					
	個人No.	氏 名	所得状況等	町民税課税状況	滞納状況
	(備考：)				