

様式第2号（第5条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ		-----		確認番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	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						
	氏 名	生年月日	性 別	備 考		
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
<p>石 巻 市 長 様</p> <p>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。 平成 年 月 日</p> <p>住 所 申 請 者 氏 名 電 話 番 号</p> <p>社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認申請に伴い、私の世帯全員の市町村民税の課税状況について、調査することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 印</p>						

※ 上記の太枠内のみ記入してください（確認番号については記入不要です。）。

市記入欄

区 分	備 考
所得状況等の確認	
承認の可否	
交付年月日	
適用年月日	
有効期限	

社会福祉法人等利用者負担軽減制度に係る資産等申告書

平成 年 月 日

石巻市長 様

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請を行うに当たり、次のとおり申告します。

被保険者氏名	㊦	被保険者番号												
住 所														

1 被保険者と同一の世帯に属する者

(フリガナ) 氏 名	被 保 険 者 と の 関 係	性 別	生 年 月 日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日

2 被保険者と世帯員に係る収入の状況（収入のある方のみ記入）

氏 名	前年中の収入

3 被保険者と世帯員に係る資産の状況

(1) 不動産

土 地	(1) 宅 地	有	延面積	所有者氏名	所 在 地	備 考
		無				
地	(2) 田 畑 その他	有				
		無				
建 物	(1) 居住用の 持家	有				
		無				
	(2) その他	有				
		無				

※ 裏面も記入してください。

(2) 現金及び預貯金等

現金	円			
預貯金	金融機関名	口座番号	口座名義人	預貯金額
				円
				円
有価証券	有	種類	額面	評価概算額
	無			円

(3) その他の資産

貴金属	有無	品名	円
その他の高価なもの	有無		

4 扶養状況

市町村民税	① 被保険者本人が市町村民税の配偶者控除、扶養控除の対象になっていますか。 1. なっている 2. なっていない			
	② ①で「1. なっている」に○をつけた方は、その扶養者について下記項目に記入してください。			
	扶養者氏名		生年月日	
	住所			
健康保険	被保険者本人との続柄	市町村民税課税状況	課税・非課税（該当するほうに○）	
	① 加入されている健康保険の保険証の名義人はどなたになっていますか。 1. 本人又は世帯員（名義人氏名： ） 2. それ以外の方			
	② ①で「2. それ以外の方」に○を付けた方は、その名義人について下記項目に記入してください。			
	名義人氏名		生年月日	
	住所			
	被保険者本人との続柄	市町村民税課税状況	課税・非課税（該当するほうに○）	

注意事項

- (1) 不動産の表の備考には、不動産の使用目的等を記入してください。
- (2) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (3) 添付書類
 - ① 預貯金通帳の写し
 - ② 健康保険証の写し
 - ③ 所得証明書、源泉徴収票、年金支払額通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類
- (4) 不実の申告をして不正に認定を受けた場合は、刑法の規定によって処罰されることがあります。