

**社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書**  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒		
利用者負担額 軽減申請理由			
区分	氏名	生年月日	性別
世帯構成	世帯主		
	世帯員		
<p>長浜市長あて 上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">住所 _____</p> <p>申請者 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p style="font-size: small;">※氏名を手書き（自署）しない場合は、記名押印をお願いします。</p>			

市：記入欄

交付年月日	備考
令和 年 月 日	(世帯員の市民税状況を把握)
適用年月日	市民税課税状況 → 課税・非課税
令和 年 月 日	高齢福祉年金の受給 → 受給中・全停止・一部受給・無受給
有効期限	その他の収入等確認 → 対象・非対象
令和 年 月 日	

# 収入申告書

令和 年 月 日

長浜市長あて

申告者	住所	
	氏名	
	※氏名を手書き（自署）しない場合は、記名押印をお願いします。	
	電話番号	
扶養者	住所	
	氏名	
	電話番号	

下記のとおり、令和 年中の収入および不動産の保有状況等を申告します。

なお、社会福祉法人等利用者負担額の軽減に関し必要があるときは、私の収入、不動産の状況及び扶養者の課税状況を調査することに同意します。

1. 扶養者の課税状況 住民税課税 有 ・ 無

2. 収入 ※被保険者と、被保険者と同一世帯の方の収入状況について申告してください。

	種類	金額（年額）
収入 (A)	恩給・年金等収入 ( ) 年金	_____ 円
	財産収入	_____ 円
	利子・配当収入	_____ 円
	その他収入	_____ 円
	計	_____ 円
必要経費 (B)	租税等 (国民健康保険料)	_____ 円
	(後期高齢医療保険料)	_____ 円
	(介護保険料)	_____ 円
	医療費	_____ 円
	社会保険料	_____ 円
	その他必要経費	_____ 円
	計	_____ 円
差引額 (A - B)		_____ 円

3. 預貯金額 \_\_\_\_\_ 円

4. 不動産の状況（居住用以外）

種類 (※)	延面積	所有者	所在地	賃借料

※ 1. 農地 2. 宅地 3. 山林 4. 雑種地 5. 家屋 6. 店舗 7. 事務所 8. 農業用倉庫 9. 工場