

記入方法

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		性別	
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	世帯構成について記入してください。	

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。

令和 年 月

申請者

住所

氏名

電話番号

※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。

申請手続きをされる方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

※収入申告の内容等について確認させていただく場合がありますので、お答えいただける方が申請してください。

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） 市民税課税状況 → 課税・非課税 老齢福祉年金の受給 → 受給中・全停止・一部受給・無受給 その他の収入等確認 → 対象・非対象
適用年月日	
令和 年 月 日	
有効期限	
令和 年 月 日	

裏面もあります

収 入 申 告 書

令和 年 月 日

長浜市長あて

申告者	住所	※氏名を記入してください。被保険者が本人が氏名を手書きできない場合（代筆する場合）は、押印してください。
	被保険者氏名	
	電話番号	
扶養者	住所	対象の被保険者を扶養（税上の扶養）している方がいらっしゃる場合は、扶養者欄に記入してください。なお、扶養者が住民税課税者の場合、軽減の対象となりません。
	氏名	
	電話番号	

下記のとおり、令和7年中の収入および支出を記入してください。なお、社会福祉法人等利用者負担額の転入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。

収入 (A)	恩給・（財産収入・利子・その他）	2. 収入欄と3. 預貯金額欄を記入し、確認できる書類（通帳等の写し）を添付してください。生活保護受給者の方は不要です。 写しが必要な通帳のページは、以下のとおりです。 ※同一世帯の全員分、すべての金融機関の口座が対象です。 ①口座名義人が分かるページ ②最新の預貯金残高が分かるページ ③令和7年1月～12月のすべてのページ
必要経費 (B)	租税等	
	医療費	
	社会保険料	
	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
居住用以外の不動産をお持ちの場合は、ご記入ください。				

※ 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