様式第２号（第６条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書　（ 新規 ・ 更新 ）

記入者氏名		被保険者との関係	
記入者住所	〒　　－	連　絡　先	

※記入者が被保険者本人の場合、上の欄の記載は不要です。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日
住　所	〒　　― 電話番号（　　）		
申請理由	１　年間年収　単身世帯１５０万円以下　（世帯員一人増えるごとに５０万円加算） ２　老齢福祉年金受給		
被扶養の状況	１　同居の親族の扶養を受けている。　（氏名　　） ２　他の世帯の親族の扶養を受けている。　（氏名　　）（続柄　　） （住所　　）		
入所中の施設	介護老人福祉施設（　　）　介護老人保健施設（　　）		
利用（予定）事業所及びサービス種類	事業所名（　　）　サービス（　　）		

		氏　名	収入・預貯金等・資産の種類 （例：年金・給与・預金・有価証券・債券・不動産など）
同一世帯の家族	世帯主		
	世帯員		

福　島　市　長

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担の軽減対象の確認について申請します。

なお、この審査のために福島市が私と世帯員及び私が扶養を受けている親族の所得状況等について調査を行うことに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　所

申請者（被保険者）　氏　名

電話番号

（裏面もご記入願います。）

市記入欄

交付年月日	世帯	年収	扶養関係	扶養者課税	決定
年　月　日交付	課税 非課税 未申告		同居 別世帯 扶養なし	課税 非課税 未申告	認定 否認 保留
適用年月日					
年　月　日から	経由法人	備　考			軽減割合
有効期限					
年　月　日まで					

様式第２号（第６条関係）

確認項目	申請者　記入欄 （※必ずご記入ください）	摘要欄 （確認者・署名欄）
①市町村民税世帯 非課税者の確認	○世帯全員が市町村民税非課税者ですか？ （　はい　・　いいえ　）	
②収入要件 年間収入が単身世帯 １５０万円以下 世帯員一人増えるごとに ５０万円加算	○申請者及び世帯全員の収入はいくらですか？ （非課税収入や仕送りも含む） 申請者　（　　万円） 世帯合計　（　　万円）	
③預貯金等の額 単身世帯 ３５０万円以下 世帯員一人増えるごとに １００万円加算	○申請者及び世帯全員の預貯金額を記入してください。 （※額の確認ができる**預金通帳の写しを添付**してください。） 申請者　（　　万円） 世帯合計　（　　万円） ○有価証券や債券をお持ちですか？ 有 （申請者　（　　万円） 世帯合計　（　　万円）） （額面又は市場価格にて評価してください） 無	
④日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無	○申請者及び世帯全員の自らの住まい及び日常生活に供する資産以外に活用できる資産（住居や土地）はありますか？ （収入を補うため活用できるもので、一般的に換金価値が高いもの。） （　有　・　無　）	
⑤負担能力のある親族等の有無	○同居の親族以外の負担能力のある親族に扶養されていますか？ （　はい　・　いいえ　）	
⑥介護保険料の滞納の有無	○介護保険料を１ヶ月でも滞納していますか？ （　はい　・　いいえ　）	

《送付先》 **被保険者住所以外へ送付する場合のみ**記入して下さい。

※ 決定通知を下記へ送付して下さい。（ ① ②どちらかへ○をつけて下さい。）

被保険者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

① 入所中の施設等　（名称：　　）

② その他

住所：　〒　　－

氏名：　　（被保険者との関係：　　）

電話番号：　　－　　－