

様式第1号（第7条関係）

社会福祉法人等利用者負担額減免対象確認申請書
 （社会福祉法人による利用者負担の減免措置）

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 日生	性別	男 ・ 女							
住 所	〒 電話番号									
減免申請事業	1 生計困難者に対する利用者負担の減免措置 2 特別地域訪問介護加算に係る利用者負担の減免措置									
利用サービス	1 特別養護老人ホーム（旧措置入所者への該当 該当 ・ 非該当 ） 2 在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当 該当 ・ 非該当 ）									
利用者負担額 減免申請理由										
氏 名	生年月日	性	生計中心者に○をつけてください							
世帯構成	世帯主									
	世帯員									
新温泉町長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の減免対象の確認を申請します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 住所 電話番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請者 氏名 </div>										

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	（世帯の所得状況等を把握）
適用年月日	世帯員：
年 月 日 から	収 入：
有効期限	預金等：
年 月 日 まで	住民税課税状況：課税・非課税 税滞納：有・無

社会福祉法人等利用者負担額減免確認申請に係る収入申告書

令和 年 月 日

新温泉町長 様

住 所

氏 名

(被保険者番号)

私の令和 年中の収入について、下記のとおり申告します。

記

事業所の名称		
事業所の住所		
収 入	年金・恩給等収入 財 産 収 入 利子・配当収入 そ の 他 の 収 入	円
	収入合計	円

◎上記には、障害年金・遺族年金・恩給等の非課税年金も含まれます。

◎収入の証明になるものも一緒に提出ください。