

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ				被保険者番号											
被保険者氏名				発行希望月		年		月							
生年月日				性別		男		女							
住所		(郵便番号 - )				電話番号									
		氏名		生年月日		性別		生計中心者に○をつけてください。							
世帯構成	世帯主														
	世帯員														
【 同意書 】															
別海町長		様													
<p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の適用を受けたいので関係書類を添えて申請します。なお、私及び私の属する世帯員又は他世帯に属する市町村民税課税世帯の扶養者の課税状況を課税台帳等により調査・確認及び金融機関へ預貯金の残高照会、並びに高齢福祉年金及び生活保護の受給状況等調査・確認されることに同意します。また、別海町長の報告要求に対し、金融機関等が報告することについて、私が同意している旨を金融機関に伝えて構いません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>氏名 <span style="float: right;">印</span></p>															

町記入欄

交付年月日	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯課税の有無	無	有
年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護受給の有無	無	有
	<input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給の有無	無	有
適用年月日	<input type="checkbox"/> 世帯の収入等の状況		
年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 世帯の前年中（又は前々中）の収入合計基準額	以下	超
	<input type="checkbox"/> 預貯金等の残高	以下	超
	<input type="checkbox"/> 活用できる資産の有無	無	有
有効期限	<input type="checkbox"/> 世帯員又は世帯員外からの扶養	無	有
年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納の有無	無	有
	<input type="checkbox"/> その他		