

(様式第1号)

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		個人番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女		
住所	〒 電話番号				
利用サービス	1 介護老人福祉施設 (旧措置入所者への該当 該当 ・ 非該当) 2 在宅サービス (訪問介護等・通所介護等・短期入所生活介護等) 3 小規模多機能型居宅介護等				
利用者負担額 減免申請理由					
	氏名	個人番号	性別	生年月日	預貯金等の額
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
<p>(あて先) 室 蘭 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を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 市 町 丁目 番 号 氏 名 ⑩ 電話番号 ー</p>					

室蘭市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況等)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	
	確認番号

収入等申告書

令和 年 月 日

室蘭市長 様

申請者 住所
(本人氏名) 氏名 ⑩

私及び私の世帯員に係るすべての収入、財産、扶養の状況等について、下記のとおり申告いたします。

記

利用施設名	
世帯員人数	人
○ 収入	
種 類	金 額 (年 額)
恩給・年金等収入	
() 年金	円
() 年金	円
財産収入	円
その他の収入	円
収入総額	円
○ 預貯金総額 円	
○ 自宅以外の不動産の所有	
1 : 所有していない	2 : 所有している
○ 負担能力のある親族等による扶養	
1 : されていない	2 : されている

【記入上の注意】

- ・収入はすべて前年1～12月分の収入です。
- ・収入額には、非課税年金（遺族年金、障害年金等）、恩給も含まれます。

※事実と異なった申告をして不正に利用者負担の軽減を受けた場合は、軽減を取り消し、軽減を受けた額を返還していただくことがあります。

同 意 書

室蘭市長 様

令和 年 月 日

住 所

氏 名 ⑩

私は、社会福祉法人による利用者負担軽減制度の適用を受けるために必要
があるときは、私と私の属する世帯員の扶養関係、固定資産状況、所得状況、
預貯金状況等について調査することに同意いたします。