

記入例

様式第2号（第7条、第9条関係）

（表）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

申請日

年 月 日

（宛先）伊勢崎市長

次のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。

なお、私の世帯の総収入は、裏面「収入申告書」のとおり相違ありません。

また、必要があるときは、私の収入状況及びその他の必要事項に
被保険者本人の氏名をご記入
ください。
ご本人様が記入できなければ
代筆で構いません。

本人同意欄

伊勢 太郎

（太線の枠内のみ記入願います。）

（フリガナ）	イセ タロウ	確認番号	
被保険者氏名	伊勢 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
生 年 月 日	昭和*年 *月 **日	性 別	男
住 所	〒 372-0000 伊勢崎市〇〇〇町***番地* 電話番号 080 (0000) 0000		
社会福祉法人 等利用者負担 軽減対象確認 申請事由	1. 市町村民税世帯非課税の者 2. その他 ()		

※裏面にあなたの世帯の状況及び収入、資産、扶養の状況について記入してください。

【市記入欄】

交 付 年 月 日	備
年 月 日	被保険者本人の情報です
適 用 年 月 日	
年 月 日	
有 効 期 限	
年 月 日	

(裏)
収入等申告書

【世帯構成】

	氏 名	生 年 月 日	性 別	生計中心者に○を付けてください。
世帯主	伊勢 太郎	昭和*年*月**日	男性・女性	○
世帯員	伊勢 花子	昭和*年*月**日	男性・女性	
〃			男性・女性	
〃			男性・女性	

【収 入】(収入がある場合は、収入があった方全員について記載してください。)

	被保険者 との続柄	氏 名	収入の種類	収入額 (年間の金額)	※保険者記入欄
1	本人	伊勢 太郎	年金	800,000 円	
2	妻	伊勢 花子	年金	800,000 円	
3				円	
合 計					

(記入上の注意)

- ・この欄に記載いただく収入は、全て前年の1～12月分の収入です(1月分の収入となります。)
- ・「収入の種類」とは、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」
- ・「収入額」には、課税収入以外に非課税収入、仕送り等も含まれます。
- ・必要経費や各種の控除がなされる前の収入を御記入ください。
- ・年金の場合には、証書ごとに御記入ください。(例：老齢基礎年金〇〇円 等)

収入については、正確に金額が
分からなければ空欄でも構いま
せん。
担当が確認して補記します。

【預貯金等の額】

世帯の預貯金の額	1,000,000 円
その他 (有価証券等)	円

【資 産】(世帯が所有する居住用以外の土地・建物があれば記載してください。)

種別	面積等	所有者氏名	所在地又は内容	抵当権
土地	居住用	m ²		有・無
	田・畑	m ²		有・無
	山林・その他	m ²		有・無
建物	居住用	m ²		有・無
	その他	m ²		有・無

【扶 養】(いずれかに○を付けてください。)

他の世帯の方の扶養を受けていますか。	1 受けている ・ 2 受けていない
--------------------	--------------------

(記入上の注意)

- ・扶養とは、あなたを医療保険や税金面で扶養にしている場合や、仕送り援助等をしている場合です。