

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軽減制度)				
フリガナ		確認番号	※記載不要	
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女	
住所				
	氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○
世帯構成	世帯主	明・大・昭 年 月 日		
	世帯員	明・大・昭 年 月 日		
		明・大・昭 年 月 日		
		明・大・昭 年 月 日		
		明・大・昭 年 月 日		
申請理由	市民税世帯非課税であり、以下の対象となる要件に該当するため。 ・単身世帯で年間収入150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。 ・単身世帯で預貯金が350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。 ・居住用資産以外に活用できる資産を所有していないこと。 ・負担能力のある親族に扶養されていないこと。 ・介護保険料を滞納していないこと。			
横手市長 あて 上記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。 令和 年 月 日 住 所 _____ 申請者 _____ 氏 名 _____ 印 _____ 電話番号 _____				

※ この他に、収入状況申告書、同意書、健康保険証の写し、預貯金通帳の写し等を添付すること。

横手市 記入欄	添付書類 <input type="checkbox"/> 収入状況申告書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 預貯金通帳の写し等 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (_____)			《入力者印》	《窓口受付印》
	交付年月日	令和 年 月 日	適用期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	