様式第1号(第4条、第8条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書(新規・更新)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 確認番号 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日　 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |
| 利用者負担額減免申請理由 | 　 |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○をつけてください。 |
| 世帯主 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 世帯員 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　八千代町長　　　　殿 　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。　対象の確認に当たって、町が関係機関に対し、収入、預金残高等の対象確認に必要な調査を行うことに同意します。 　　　　　　　　年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　電話番号　　　　　　　　　　 |

町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　月　　日　　 | (生計中心者の所得状況等を把握)(1)　収入要件(2)　預貯金等要件(3)　日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無(4)　負担能力のある親族の有無(5)　生活保護者 |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日まで |

備考　添付書類

　　源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し、預金通帳の写しその他収入を証する書類(公簿等により確認することが可能である場合は、当該書類の省略可)