

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請に係る申告書

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認のため、下記のとおり申告いたします。

申告者 住所

氏名

(※)氏名を自署してください。

本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

区 分	審査(金額等)	決定
1 年間収入がわかるもの(令和3年中の収入金額がわかる書類) ○年金支払い通知書(国民年金、厚生年金、障害者年金等受給している全ての年金) ○源泉徴収票、確定申告書の写し <●利用者及び同居している方すべてについて必要です。> ※裏面に貼付してください。		
2 預貯金等の金額がわかるもの ○通帳の写し <●利用者及び同居している方すべてについて必要です。> ※裏面に貼付してください。		
3 資産について ○現在居住している家屋 持ち家 ・ 借家等 ○その他の資産 宅地・田畑・山林・その他()		
4 扶養の状況について ○利用者の同居家族の有無 ※特別養護老人ホーム入所者のみ 入所前月時点 (同居 ・ 別居) ※同居していた時の世帯主等 氏名 現住所 (入所者が世帯主であった場合はその他の親族を記入ください。) ○利用者を市町村民税または医療保険上の扶養親族としている方がいる。 している方がいる。 ・ していない。 ※扶養親族としている方の利用者からみた続柄()		
5 介護保険料の滞納状況 ○滞納していない ・ 滞納している		

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認に係る関係書類 貼付欄

1 年間収入がわかるもの(令和3年中の収入金額がわかる書類)

○年金支払い通知書(国民年金、厚生年金、障害者年金等受給している全ての年金)

○源泉徴収票、確定申告書の写し

2 預貯金等の金額がわかるもの

○通帳の写し