様式第２号(第５条関係)

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　日生 | | 性別 | | 男　・　女 | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | 電話番号 | | |
| 利用者負担額  軽減申請理由 | | | □市町村民税非課税であり、生計が困難であるため。  □生活保護を受給しているため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | | | 氏　　名 | 生年月日 | | 性別 | | 生計中心者に○を付けてください。 | |
| 世帯構成 | 世帯主 | |  |  | |  | |  | |
| 世帯員 | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 湧別町長　様  　上記のとおり湧別町社会福祉法人による利用者負担軽減に対する助成要綱第５条の規定により、社会福祉法人による利用者負担軽減対象確認の申請をします。  　なお、この申請に関して、所得状況等について調査されることに同意します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 申請者 | | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏　名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |

　※町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　月　　日 | １．課税状況世帯（非課税・課　税）  ２．年間収入要件（該　当・非該当）  ３．預貯金等要件（該　当・非該当）  ４．資産要件（該　当・非該当）  ５．扶養要件（該　当・非該当）  ６．介護保険料（納めている・納めていない） |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日  から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日  まで |