社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請に係る申告書

湧別町長　　　　　　　　　　様

住　　　所

氏　　　名

（続柄　　　　　）

次のとおり、被保険者の収入申告を行います。なお、この申告内容に相違があった場合、軽減の認定が取り消されても異議はありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被保険者氏名** |  | | |
| **１．収入の状況** | □申告している  □申告していない⇒**収入の内容を証明する書類を添付。** | | |
| 年間収入：単身世帯１５０万円  世帯員が１人につき５０万円加算した額以下  □上記額以下である  □上記額以上である | | |
| **２．預貯金等の状況** | 預貯金等の額：単身世帯３５０万円、世帯員が1人に付き１００万円を加算した額以下　**※通帳を記帳してご持参下さい。** | | |
| 金融機関名 | | 金　　額 |
|  | | 円 |
|  | | 円 |
|  | | 円 |
| **３．資産等の状況** | 日常生活に供する資産以外に活用できる資産  □無し  □有り⇒資産の内容を証明する書類を添付してください。 | | |
| 土　　地 |  | |
| 建　　物 |  | |
| **４．扶養状況** | 負担能力のある親族等に扶養されていない。（扶養されていないとは、税控除の対象になっていない、医療保険の扶養になっていない、課税者に日常生活の援助を受けていない等）  □扶養されていない  □扶養されている⇒扶養している方の住所・氏名を記入下さい。 | | |
| 住　　所 |  | |
| 氏　　名 |  | |
| **５．保険料納付状況** | （介護保険料を滞納していない）  □滞納していない  □滞納している | | |

※該当する□にチェックしてください。