

# 社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

フリガナ		確認番号	
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	〒  電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由			
区分	氏名	生年月日	性別
世帯構成	世帯主	明・大・昭 年 月 日	男・女
	世帯員	明・大・昭 年 月 日	男・女
		明・大・昭 年 月 日	男・女
		明・大・昭 年 月 日	男・女
		明・大・昭 年 月 日	男・女
		明・大・昭 年 月 日	男・女

長浜市長あて

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を申請します。  
 なお、当該申請に伴い、私並びに上記世帯員の市民税の状況を把握されることについて同意します。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

市:記入欄

交付年月日	備 考
平成 年 月 日	(世帯員の市民税状況を把握)
適用年月日	市民税課税状況 課税 ・ 非課税
平成 年 月 日から	老齢福祉年金の受給 受給中 ・ 全停止 ・ 一部受給 ・ 無受給
有効期限	その他の収入等確認
平成 年 月 日まで	<b>対 象                  非 対 象</b>

障害年金や遺族年金等、市民税の課税対象とならない年金等がある場合は、詳細を裏面に記載(申告)してください。