

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担の軽減制度)

ふりがな		保険者番号					3	5	2	0	3	9												
被保険者氏名		被保険者番号																						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生																							
住所	〒 電話番号																							
利用者負担軽減申請理由 (該当の番号を○で囲んでください)	1 低所得で生計が困難なため ※以下の収入等申告欄にご記入ください												2 生活保護受給中のため ※以下の収入等申告欄の記入は不要です											

私(被保険者)及び世帯構成員の令和 5 年1月1日から12月31日までの収入等について次のとおり申告します。

収入等申告欄	種類		被保険者	世帯員氏名 ※1	世帯員氏名 ※1	市 確認欄
	収入の有無		□有 □無	□有 □無	□有 □無	
	年金収入	課税年金				
		遺族年金・障害年金				
		恩給・その他年金				
	給与収入					
	利子・配当収入					
	その他収入	仕送り				
		相続・贈与				
		その他()				
	収入合計					
	預貯金額 ※2					
	居住の用に供する家屋等日常生活のために必要な資産以外に活用し得る資産※3		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
負担能力のある親族等に扶養されている(税法上及び医療保険の扶養親族)※4		有 ・ 無				

山口市長 宛

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。申請にあたり、上記の申告内容について相違ありません。相違があった場合には、この申告書の内容に基づいて行われる社会福祉法人等による利用者負担の軽減を取り消されても、異議を申し立てません。

また、市が社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象要件確認のため、私(被保険者)の世帯及び親族等の課税、扶養状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者若しくは成年後見人の住所・氏名をご記入ください)

住所

氏名 (※)

【※注意事項】①本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

②成年後見人による記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証明書(写)又は家庭裁判所の審判書(写)及び確定証明書(写)の添付が必要です。

↓※提出者が申請者の場合、下記の提出者氏名等は記入不要です。

提出者氏名		被保険者との関係	
提出者住所	電話番号		

※1 世帯員の氏名を記入してください。 ※2預貯金額とは、預貯金のほか、有価証券、債権等を含みます。(コピーを添付します)

※3 対象資産は、預貯金等以外のもので、収入を補うため活用できるものをいいます。

※4 扶養とは、市町村民税の控除対象者や医療保険の被扶養者となっていること等をいいます。

(裏面)

※山口市記入欄

交付年月日	市 民 税	負担限度額区分	利用者負担額区分
年 月 日	*生活保護 無 有	1 2 3-1 3-2 4	1 2 3 4
適用年月日	*高齢福祉年金 無 有	世帯年収判定	介 護 度
年 月 日から	*本人課税 無 有	合計金額150万 (世帯員:50万加算) 以上・以下	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5
有効期限			
年 月 日まで	*世帯課税 無 有	預貯金等判定	有効期間
		合計金額350万 (世帯員:100万加算) 以上・以下	年 月 日から 年 月 日まで

身元確認(本人／代理人)		代理権確認
1 点	☐ 個力 ☐ 免 ☐ 運経 ☐ 旅 ☐ 障手 ☐ 在留 ☐ 住力(写真有) ☐ 社員証(写真有) ☐ その他	☐ 被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍等
2 点	☐ 保 ☐ 介 ☐ 年金 ☐ 住力(写真無) ☐ 社員証 ☐ その他	☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ その他

通帳コピー確認
本世世 ☐ ☐ ☐ ゆうちよ ☐ ☐ ☐ JA ☐ ☐ ☐ 山口銀行 ☐ ☐ ☐ 萩山口信金 ☐ ☐ ☐ 西中国信金 ☐ ☐ ☐ その他(通)