

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書

フリガナ				介護保険保険者番号					2	7	2	0	5	4
申請者氏名				介護保険被保険者番号 (被保険者のみ記入)	0	0	0							
生年月日	明治・大正・昭和			年	月			日						
住所	(郵便番号 —)													
	電話番号 () —													
申請の理由	1. 生活困窮であるため 2. その他 ()													
世帯の構成	氏名	続柄	生年月日											市町村民税 課税の有無
		本人	明・大・昭 年 月 日											有・無
			明・大・昭 年 月 日											有・無
			明・大・昭 年 月 日											有・無
			明・大・昭 年 月 日											有・無
吹田市長宛														
上記のとおり利用者負担の軽減対象者であることの確認を申請します。														
年 月 日														
住所														
申請者 氏名														
添付書類	収入等申告書													

私及び私の世帯員の収入等申告額は、別添の収入等申告書のとおり相違ありません。
 なお、私及び私以外の世帯の者は、この申請に係る審査のために市職員が市町村民税の課税
 内容について調査することに同意しています。

氏名

収入等申告書

1 世帯の収入

有無	氏名	年齢	収入の種類	収入年額
<input type="checkbox"/> 有				円
				円
				円
<input type="checkbox"/> 無				円
				円

(注) 恩給・年金等の受給がある場合は、上記の収入を証明する書類として、恩給・年金等支払通知書（写し）を添付してください。
また、上記の収入を確認するために源泉徴収票や通帳等（写し）の添付を求めることがあります。

2 世帯の預貯金等の状況

区分	有無	内 容		
		預貯金先	口座名義人	預貯金額
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	[支店]		円
	<input type="checkbox"/> 無	[支店]		円
		[支店]		円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類		額面金額等
				円
	<input type="checkbox"/> 無			円

3 被保険者の被扶養状況

(1) 他の世帯に属する方の所得税又は個人市町村民税の扶養控除において、

扶養控除の対象となっている。

扶養控除の対象となっていない。

(2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、

扶養親族となっている。

扶養親族となっていない。

(注) 医療保険の被保険者証（写し）を提出してください。

4 世帯の不動産保有状況

居住用以外の処分可能な土地もしくは家屋を

所有している。

所有していない。