

石狩市介護保険社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書・収入等申告書

被保険者氏名	被保険者番号								
	生年月日	明 大 昭		年		月		日	
被保険者住所	〒 _____ 電話番号 (_____) _____								

《申請上の注意及び添付書類について》
 ○ 以下の欄に、申請者及び生計を同一にする世帯員について全て記入して下さい。また、世帯全員について、記入したことにかかる資料を添付して下さい。
 ○ 世帯の収入には、年金収入（遺族年金や障がい年金などの非課税年金を含む。）、給与収入、不動産収入、仕送りなど、全ての収入額（年額）が含まれます。
【添付資料：収入額を証明する書類等（非課税年金を受給されている方は、年金額が判る書類（年金支払通知書等）の写し）】
 ○ 世帯全員の預貯金等は、預金、貯金の他に、有価証券や債券なども含みます。
【添付資料：世帯全員の預貯金等の額が判る書類（預金通帳、貯金通帳）の写し】

氏名	続柄	生年月日	収入の有無	生活保護受給の有無	収入の種類	
					※カッコ内に年金・その他取得の種類をご記入ください。 例：老齢年金・遺族年金、仕送り	
	本人	/	有・無	有・無	年金収入 () 給与収入 その他 ()	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日	有・無	/	年金収入 () 給与収入 その他 ()	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日	有・無	/	年金収入 () 給与収入 その他 ()	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日	有・無	/	年金収入 () 給与収入 その他 ()	
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日	有・無	/	年金収入 () 給与収入 その他 ()	

申告項目	いずれかに○を付けてください。	
○世帯の年間収入は、基準額以下です。 ※基準額＝単身世帯150万円、世帯員が1人増える毎50万円加算	はい	いいえ
○世帯の預貯金等の額は、基準額以下です。 ※基準額＝単身世帯350万円、世帯員が1人増える毎100万円加算	はい	いいえ
○自宅など日常生活のために必要な資産以外に、資産はありません。	はい	いいえ
○私は、課税世帯に扶養されていません。	はい	いいえ
○私は、介護保険料を滞納していません。	はい	いいえ

(あて先) 石狩市長

上記のとおり、添付書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請及び収入等の申告をし、この申請（申告）書の記載内容及び添付書類は事実と相違ないことを誓約します。
 また、この申請（申告）に関して市町村が必要とするときは、市町村が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名 _____ 印 世帯員氏名 _____ 印 世帯員氏名 _____ 印

世帯員氏名 _____ 印 世帯員氏名 _____ 印 世帯員氏名 _____ 印

代筆者

氏名 _____ (本人との関係)

住所 _____