様式第１号（第７条第１項関係）

記　載　例

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人による利用者負担の軽減制度）

		確認番号	
フリガナ	フラノ　タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
被保険者氏名	富良野　太郎	生年月日	昭和５年５月１日
住所	〒076-0018 富良野市弥生町１番１号 電話番号　３９－２２５５		
利用サービス	サービス種別	☑ 在宅サービス（　ショートステイ　） ☐ 施設サービス（　特別養護老人ホーム　（※地域密着型介護老人福祉施設を含む）　）	
	利用事業所名	特別養護老人ホーム●●●	
軽減申請理由	☑ 低所得により生計が困難なため ☐ その他（　）	生活保護受給有無	☐ 受給中 ☑ 受給していない

		氏　名	生年月日	被保険者との関係	生計中心者に○をつけてください
世帯構成	世帯主	富良野　太郎	昭和５年５月１日	本人	○
	世帯員	富良野　花子	昭和４０年１０月１日	長女	

富良野市長　様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負額の軽減対象の確認を申請します。なお、申請にあたり私及び世帯員の所得及び課税状況等に係る調査に同意します。また、申請に係る決定情報を当該サービス事業所に提供されることに同意します。

●年　●月　●日

申請者（被保険者）
住　所　富良野市弥生町１番１号
氏　名　富良野　太郎　印

※被保険者以外の方が申請する場合、以下も記入してください。

代理申請者
住　所　富良野市弥生町１番１号　被保険者との関係　長女
氏　名　富良野　花子　電話番号　39-2255

結果送付先	☑ 申請者（被保険者）　☐ 代理申請者　☐ その他（　）

※裏面も記入欄があります

＊市記入欄（保険者審査調書）

交付年月日	審査結果	備　考

市記入欄のため申請者は記入不要

収入等申告

富良野市長　様

申告年月日　　●年　●月　●日

申告者
（被保険者）

住　所　富良野市弥生町１番１号

氏　名　富良野　太郎　　（押印不要）

私及び世帯員の令和　　年中の収入及び資産の状況について、以下のとおり申告します。

①収入申告　（令和　　年（１～１２月）の収入を記入してください）　（単位：円）

収入の種類	被保険者本人	世帯員（氏名：富良野　花子）	世帯員（氏名：　　）	
年金収入（国民年金・厚生年金・共済年金　等）				
給与・事業収入				
財産収入（家賃・地代　等）				
利子及び配当収入（公社債、預貯金の利子、利益配当　等）				
その他収入（不動産・動産処分による収入、仕送り　等）				世帯合計
合　　計				

該当する収入を全て記入

②資産申告　（単位：円）

現金及び預貯金額		

該当する現金及び預貯金額を全て記入

有価証券、債券の保有の有無	□あり	□なし
現に居住する不動産（土地及び家屋）以外の不動産所有の有無	□あり	□なし

該当する項目に☑

＊市記入欄（保険者審査調書）

生活保護受給者　　１割負担　（保護）

老齢福祉年金受給者　（上記減額割合の「25/100」を「50/100」とする）

市記入欄のため申請者は記入不要