

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号													
		生年月日													
住所	電話番号														
備考															

(宛先)松阪市長

前のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。

年 月 日

〒
住所

申請者

電話番号

氏名

		氏 名	生 年 月 日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
構成	世 帯 主				
	世 帯 員				

市町村記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

世帯、資産等申告書

松阪市社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業実施要綱第5条の規定に基づき、
次のとおり申告します。

1 申請者と同一の世帯に属する(又は属するとみなされる者※)

氏 名	申請者との関係	性別	生年月日	住所・電話番号
		男		〒
		女		() -
		男		〒
		女		() -
		男		〒
		女		() -
		男		〒
		女		() -

※申請者が介護保険施設に入所することにより世帯分離をした場合において、それ以前に同世帯であった世帯に属する者をいいます。

2 申請者と上記世帯員に係る資産の状況

(1)不動産

土地	(1)宅地	有無	延べ面積	所有者氏名	所在地	備 考
					〒	
	(2)田畑 その他	有無			〒	
建物	(1)居住用の持家	有無			〒	
	(2)その他	有無			〒	

(2)現金及び預貯金等

現金		円			
預貯金	預貯金先		口座番号	口座名義	預貯金額
					円
					円
有価証券	有無	種 類	額 面		評価概算額
			円	円	円

(3)その他の資産

自動車	有	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額
	無	使用 未使用			円
その他日常生活のために必要な資産以外の資産	有 無	品名			円

上記のとおり、相違ありません。また、市が、申告書の内容について調査することに同意します。

(宛先) 松 阪 市 長

年 月 日

申告者

(申請者) 住所 氏名

(申請者の世帯員) 住所 氏名

住所 氏名

住所 氏名

注意事項

(1)所有する資産については、次に従って記入してください。

①同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。

②不動産の表の備考には、不動産の種類、使用目的等を記入してください。

③評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。

(2)記入欄が不足する場合は、別紙に記入のうえ添付してください。

(3)添付書類

①入所し、又は入所する予定の施設における施設利用料、食費及び居住費又は滞在費について記載されている契約書などの写し

②所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類

③預貯金通帳の写し

(4)不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。