

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利用者負担の軽減制度)

フリガナ					個人番号															
被保険者氏名					被保険者番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
住所	〒																			
	電話番号																			
利用者負担額軽減申請理由																				
	氏	名	生	年	月	日	性別	生計中心者に○を付けてください												
世帯構成	世帯主																			
	世帯員																			
<p>三原市長様</p> <p>上記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申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>																				

市記入欄

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	

社会福祉法人等利用者負担軽減制度に係る資産等申告書

三原市社会福祉法人等サービス利用者負担額軽減費用助成要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申告をします。

1 申請者と世帯員に係る資産の状況

(1) 不動産

土地	(1) 宅地	有	延面積	所有者氏名	所在地	備考
		無				
地	(2) 田畑 その他	有				
		無				
建物	(1) 居住用 の持家	有				
		無				
物	(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

(3) その他の資産

自動車	有無	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額
		使用 未使用			
					円
貴金属	有無	品名			円
その他 高価なもの	有無				

上記のとおり相違ありません。

三原市長様  
年 月 日

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※本人が手書きをした場合は、押印不要です。

(世帯員) 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※本人が手書きをした場合は、押印不要です。

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※本人が手書きをした場合は、押印不要です。

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※本人が手書きをした場合は、押印不要です。

注意事項

- (1) 所有する資産については、下記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) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上、添付してください。
- (3) 添付書類
- ① 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
  - ② 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。