

**記載例**

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

介護保険証の被保険者番号を記入してください。

フリガナ	ミハラ タロウ		個人番号											
被保険者氏名	三原 太郎		被保険者番号											
生年月日	明・大 <b>昭</b> ○年 ○月 ○日		性別	<b>男</b> ・ 女										
住所	〒○○○-○○○○ 三原市○○町一丁目1番1号 電話番号 0848-○○-1111													
利用者負担額軽減申請理由	収入が少ないため。													
	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	三原 太郎	昭和○年○月○日	男	○									
	世帯員	三原 花子	昭和○年○月○日	女										
<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 三原市○○町一丁目1番1号 氏名 三原 太郎 電話番号 0848-○○-1111</p>														

市記入欄	被保険者住所及び被保険者氏名を記入してください。	
交付年月日		
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		

## 記載例

## 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

		有 無	延面積	所有者氏名	所在地	備考
土地	(1) 宅地	有	200㎡	三原 太郎	〒 三原市〇〇町一丁目1番1号	居住用
	(2) 田畑 その他	有 無	300㎡	三原 太郎	〒 三原市〇〇町〇丁目〇〇番地	田
建物	(1) 居住用 の持家	有 無	150㎡	三原 太郎	〒 三原市〇〇町一丁目1番1号	居住用
	(2) その他	有 無	50㎡	三原 花子	〒 三原市〇〇町〇丁目〇〇番地	倉庫

## (2) 現金及び預貯金等

現金	100,000	円		
預貯金	預貯金先	口座番号	口座名義	預貯金額
	〇〇銀行	1234567	三原 太郎	1,000,000 円
	〇〇信用金庫	7654321	三原 花子	2,000,000 円
有価証券	有 無	種類	額面	評価概算額
	有	株式	円	500,000 円

## (3) その他の資産

	有 無	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額
自動車	有	使用	三原 太郎	軽自動車	100,000 円
貴金属	有	品名	純金ネックレス 300,000円		500,000 円
	有				
その他 高価なもの	有 無				

上記のとおり相違ありません。

申請者欄は、被保険者住所及び被保険者氏名を記入してください。

三原市長様  
年 月 日

(申請者) 住所 三原市〇〇町一丁目1番1号

氏名 三原 太郎 印

※本人が手書きをした場合は、押印不要です。

(世帯員) 住所 三原市〇〇町一丁目1番1号

氏名 三原 花子 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。