

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)

カナ				確認番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日	明治 大正 昭和	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	<input type="checkbox"/> 非課税又は老齢福祉年金受給者であり、生活困難であるため <input type="checkbox"/> 生活保護基準に準ずる状態であり、生活困難であるため <input type="checkbox"/> その他生活困窮状況にあるため()					
		氏 名	生年月日	性別	生計中心者に ○をつけてください	
世帯 構成	世帯主					
	世帯員					
<p>上富良野町長 向山 富夫 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。 なお、私及び世帯員の所得及び課税・納税状況等に係る調査に同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請 氏名 ⑩ 電話番号</p>						

町記入欄 ※記入しないでください

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

町税等納入状況確認欄 ※記入しないでください

町税吏員確認月日及び担当者氏名		滞納の有無	納税誓約書 提出の有無	納税誓約書 の承認状況
事業申請時	確認日 平成 年 月 日	有	有	承認する
	確認者職氏名 ⑩	無	無	承認しない
事業完了時	確認日 平成 年 月 日	有	納税誓約書の履行状況	
	確認者職氏名 ⑩	無	完納・履行中・不履行	

上富良野町長 向山 富夫 様

収入等申告書 (平成 27 年度分)

カナ		被保険者番号	
氏名			
住所	〒	世帯主氏名	

1 申請者と同一の世帯に属する者(又は属するとみなされる者)

氏名	続柄	収入金等の種類	収入金等の額	町民税課税状況	身体障害者手帳の有無
	本人		円	課税 非課税	有(級) 無
			円	課税 非課税	有(級) 無
			円	課税 非課税	有(級) 無
			円	課税 非課税	有(級) 無

2 申請者と上記世帯員に係る資産等の状況

(1) 不動産

区分		面積	所有者氏名	所在地	備考
土地	居住用の宅地	有無			
	その他	有無			
建物	その他	有無			
	その他	有無			

(2) 預貯金等

預貯金	金融機関名		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

<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。

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象チェック表
(認定要件に該当するか、事前にご確認ください。)

いづれかに○をつけてください

認定要件	① 道町民税の課税について	本人および世帯全員の方が道町民税非課税である。	はい	いいえ
	② 世帯の収入について	前年の年間収入が、単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下である。 ※「年間収入」には、非課税収入や仕送りも含まれます。	はい	いいえ
	③ 預貯金等について	預貯金等の額が、単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下である。 ※「預貯金等」には、有価証券・債券・現金等が含まれます。	はい	いいえ
	④ 資産について	世帯が生活(居住)するための土地・建物の他に活用できる(資産価値のある)土地・建物をもっていない。	はい	いいえ
	⑤ 扶養について	負担能力のある親族等に扶養されていない。 (①～③のすべてにあてはまること) ①市町村民税の控除対象者となっていない ②医療保険の被扶養者となっていない ③その他実質的に扶養を受けていない	はい	いいえ
	⑥ 介護保険料について	介護保険料を滞納していない。	はい	いいえ
	⑦ 町税等について	町税等(町税、国民健康保険税)を滞納していない。	はい	いいえ
以上の①～⑦の項目すべてについて「はい」となった方は、下記の書類を添付して申請してください。				
添付書類	収入要件	非課税収入(遺族年金、障害年金など)がある場合はその金額がわかる書類(支払通知など)		
	預貯金等の要件	本人及び配偶者、世帯員全員の預金通帳の写し(過去1年程度の取引分が記載されたページ)、その他預貯金等を証する書類の写し		
	扶養要件	被保険者の医療保険証の写し		