様式第２号

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認（新規・更新）申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年　　月　　日

鉾田市長　殿

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

下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確認申請をします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 確認番号 | |  | |
| 被保険者 |  | 被保険者番号 | |  | |
| 電話番号 | |  | |
| 生年月日 |  | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 |  | | | | |
| 世帯の収入状況等 |  | | | | |
| 利用サービスに○印 | １　居宅サービス　　　２　介護福祉施設サービス | | | | |
| 世帯構成 | 氏名（世帯主には○印） | | 生　年　月　日 | | |
|  | | 年　　月　　日 | | |
|  | | 年　　月　　日 | | |
|  | | 年　　月　　日 | | |
|  | | 年　　月　　日 | | |

様式第３号

収入申告書

年　　月　　日

鉾田市長　殿

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

平成　　年中の収入等について、下記のとおり申告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年金収入 | 種別： | 円 |
| 種別： | 円 |
| 小計 | 円 |
| 就労収入 | 仕事内容： | 円 |
| 仕事内容： | 円 |
| 小計 | 円 |
| その他収入 | 種別： | 円 |
| 種別： | 円 |
| 小計 | 円 |
| 収入金額合計 | | 円 |

様式第４号

資産等申告書

年　　月　　日

鉾田市長　殿

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　㊞

資産等について、下記のとおり申告します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 種別及び金額 |
| 不動産 |  |
| 動産 |  |
| 預貯金等 |  |
| その他資産等 |  |