

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事業)

通常

フリガナ		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	000
		生年月日	年 月 日
住所	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由			
宍粟市長 様  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確認を申請します。 なお、私の世帯の所得状況等を公簿等により確認を受けることに同意します。 また、施設入所者等に係る食費・居住費（滞在費）の軽減は、特定入所者介護（予防） サービス費が支給されている場合に限ることを承諾します。  年 月 日  〒 住所 被保険者 氏名 電話番号			
※申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。  〒 住所 申請者 氏名 電話番号			



	続柄	氏名	収入の有無	収入の種類 (年金種類等)	収入額 (年間の金額)	預貯金の有無	預貯金等の額
世帯構成	本人		有・無		円	有・無	円
			有・無		円	有・無	円
			有・無		円	有・無	円
			有・無		円	有・無	円
			有・無		円	有・無	円
合計					円	合計	円

・年金以外の収入 有 ・ 無  
「有」の場合、下表記入

内 容	金 額
仕 送 り	円
不 動 産 収 入	円
利 子 ・ 配 当	円
その他 ( )	円

・対象者の方の医療保険の種類  
国民健康保険 後期高齢者医療  
社会保険等の扶養

・税申告において、対象者を扶養している親族  
有 ・ 無

