様式第2号（第6条関係）

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 被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0 0
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	要介護状態区分	要支援（　）・要介護（　）
住　　所	〒 電話番号		
サービス利用の状況			
利用者負担額軽減申請理由	1　市民税非課税世帯に属する老齢福祉年金受給者 2　軽減措置実施要領の収入要件に該当する者 （別紙の収入状況申告書を添付） 3　その他（　　　　　　　　　　　　） （別紙の収入状況申告書を添付）		

		氏　　名	生年月日	続　柄	生計中心者に〇印をつけてください
世帯構成	世帯主				
	世帯員（16歳以上）				

大分市長　殿

上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象者確認の申請をします。

なお、私および私の世帯に属する者の所得状況、公的扶助の受給の有無について市が調査することに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

電話番号　　　－

氏　名

字削除

字挿入

法人名および申請を代行した事業者名		担当者名		連絡先	
事業者番号					

市記入欄

添付書類確認		世帯人数	人	判　定	受　付
1	□ 預貯金通帳写し	世帯課税状況	課税・非課税	承認・却下	
2	□ 収入状況等申告書	配偶者	有・無		
		本人収入※	円		
	□ 源泉徴収票	世帯員収入※	円		
	□ 年金改定（振込）通知書	世帯収入合計	円		
	□ 確定申告書写し	老福受給	有・無		
		生保受給	有・無		
	□ 預貯金通帳写し	保険料滞納	有・無		
	□ 有価証券証書写し	扶養者	有・無		
	預貯金合計　円				

※非課税年金収入を含む