

郡山市介護保険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措置）

		確認番号								
被 保 険 者	被保険者 番号			個人番号						
	フリガナ			生年月日	年 月 日					
	氏名			電話番号 ()						
	住所	〒 ー								
利用者負担額 軽減申請理由				利用している サービスの種類 (○をつけてく ださい)	1 ホームヘルプサービス 2 デイサービス 3 ショートステイ 4 特別養護老人ホーム					
フリガナ			生年月日	年 月 日						
世帯主 氏名			個人番号							
フリガナ			生年月日	年 月 日						
世帯員 氏名			個人番号							
フリガナ			生年月日	年 月 日						
世帯員 氏名			個人番号							
フリガナ			生年月日	年 月 日						
世帯員 氏名			個人番号							
郡山市長 上記のとおり郡山市介護保険の特別対策に係る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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ()										

保険者記入欄

交付年月日	年 月 日	可否	判定						
適用年月日	年 月 日		要綱	要領					
有効期限	年 月 日	割合	該当	1	2	3	4	5	6
			条項	課税	世帯収入	世帯預貯金	不動産	被扶養	滞納
				課税 非課税			有 無	有 無	有 無

備考

- 1 太線枠内を記入してください。
- 2 □のある欄は、該当箇所にレ印を付けてください。

収入状況等申立書

年 月 日

郡 山 市 長

申告者住所 _____

氏 名 _____

私の現在の収入状況等は、下記のとおり相違ありません。

1 収入状況

(1) 稼働収入

仕 事 の 内 容 勤め先（会社名）等	収 入 額
	月額 円
	年額 円
	月額 円
	年額 円

(2) 恩給・年金等による収入

年 金 ・ 恩 給 の 種 類	収 入 額
	月額 円
	年額 円

(3) その他の収入

	内 容	収 入
財 産 収 入		円
そ の 他		円

2 資産の状況

	有無	内 容
(1) 預貯金等	有無	円
(2) 不動産等	有無	

注1 (1)の預貯金等には、有価証券や債券も含まれます。

注2 全ての預金通帳等の写しを添付してください。

注3 (2)の不動産が「有」の場合、利用状況も記入してください。

注4 この申立書は、世帯員1名につき1枚記入して全員分提出してください。

3 住民税課税者に扶養の有無（○で囲んでください）

扶養されている ・ 扶養されていない ・ 分からない

同意書

社会福祉法人等利用料軽減の決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産、収入の状況又は被保険者に対する老齢退職年金給付の支給状況につき、郡山市長が郵便局その他官公署、年金保険者に文書の閲覧、資料の提供を求めると及び銀行、信託会社その他の機関、被保険者の雇用主その他の関係人に対し報告を求めるとに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

郡 山 市 長