

第2号様式（第6条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書 新規 更新

| | |
|--|----------------|
| 年 月 日 | |
| 藤 沢 市 長 | |
| 社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象者としての確認を受けたいので、次のとおり申請します。また、私及び私の属する世帯員の収入、資産等は収入・資産等に係る申告書のとおりです。 | |
| 被保険者番号 | 確認番号 |
| フリガナ | 生年月日 |
| 氏名 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住所 | 〒 電話番号 |
| 窓口に来た方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。） | |
| 氏名 | 電話番号 |
| 住所 | 本人との続柄 |

【市処理欄】

| | | | |
|--|--|---------|--|
| 生活保護 | <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 | 保険料未納 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 世帯課税状況 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 | 保険料滞納 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 資産基準 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 扶養基準 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 給付制限 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 老齢福祉年金 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 収入額 | 世帯収入額 | 円 | <input type="checkbox"/> 該当（判定額以下） <input type="checkbox"/> 非該当（判定額以上） |
| | 判定額 | 基準額 | 1,500,000円 |
| | | 世帯員加算 | 円 世帯員1人増えるごとに50万円加算 |
| | | 合計 | 円 |
| 預貯金額 | 世帯預貯金額 | 円 | <input type="checkbox"/> 該当（判定額以下） <input type="checkbox"/> 非該当（判定額以上） |
| | 判定額 | 基準額 | 3,500,000円 |
| | | 世帯員加算 | 円 世帯員1人増えるごとに100万円加算 |
| | | 合計 | 円 |
| 決定区分 | | 適用開始年月日 | 有効期限 |
| <input type="checkbox"/> 該当（軽減率：25/100・100/100） | | 年 月 日 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 非該当（ <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> ） | | | |
| 受付 | 審査 | 入力 | 確認 |
| | | | |

このことについては、上記のとおり決定し、別紙のとおり通知してよろしいでしょうか。
 ・確認結果通知書（案）別紙のとおり
 ※該当者に対しては、「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証」を確認結果通知書とともに送付します。

| | | | | | | | | |
|----|----|------|----|----|------|----|---|---|
| 課長 | 主幹 | 課長補佐 | 主査 | 担当 | 公印承認 | 起案 | ・ | ・ |
| | | | | | | 決裁 | ・ | ・ |
| | | | | | | 送付 | ・ | ・ |