様式第２号（第４条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請に係る申告書

年　　　月　　　日

　　八頭町長　　様

被保険者住 所

氏　名 　　　　　　　　 　　㊞

代筆者　　　　　　 　　　　㊞　続柄（　　　）

私（被保険者）及び私の属する世帯の世帯員等に係る収入等について、次のとおり申告します。

この申告書に相違があった場合には、軽減の認定が取り消されても異議はありません。

１　世帯全員の収入状況（収入等、確認できる書類をご持参ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 年金・恩給等 | 働いて得た収入・その他の収入 |
| 氏　名 | 金　額 | 氏　名 | 金　額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　計 | 円 | 合　計 | 円 |

2　預貯金等の状況（世帯全員の通帳等、すべてご持参ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 現　金 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 預貯金（ 有 ・ 無 ） | 氏　　名 | 金　　額 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

有価証券　　（　有　・　無　）　　※有の場合、写しが必要です。

3　世帯の資産（不動産）の状況

　　居住用家屋や日常生活に必要な不動産以外に、利用できる不動産について

　　□　所有している　（種類：　　　　　　　　　　　　　）　□　所有していない

4　扶養状況

(1)被保険者は市町村民税課税者の扶養となっていますか。（市町村民税の扶養控除）

□　なっている　　　□　なっていない

(2)医療保険の扶養になっていますか。

□　なっている　　　□　なっていない

5　介護保険料納付状況

　介護保険料を滞納していますか。　　　□　滞納している　　　□　滞納していない