

## 社会福祉法人利用者負担額減免対象確認申請書

（社会福祉法人による利用者負担の減免措置）

フリガナ 被保険者氏名		確認番号		
		被保険者番号		
生年月日		性別		
住所			電話番号	
利用者負担額 減免申請理由  <small>該当する番号に○を付けてください。（すべてに該当する場合に減免対象となります）</small>	1	年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下		
	2	預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下（ <b>預貯金通帳の写しを添付してください。</b> ）		
	3	日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない		
	4	負担能力のある親族等に扶養されていない		
	5	介護保険料を滞納していない		
氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください	
世帯構成	世帯主			
	世帯員			
<p>（あて先） 桐生市長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の減免対象の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>申請者 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 電話番号</p>				

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	1 収入要件 （可・否）
適用年月日	2 預貯金要件 （可・否）
年 月 日から	3 資産要件 （可・否）
有効期限	4 扶養要件 （可・否）
年 月 日まで	5 滞納要件 （可・否）