

**社会福祉法人等利用者負担軽減申請書**  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ			保険者番号			0	6	2	0	7	5
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒										
	電話番号										
	—										
利用者負担軽減申請理由											
	氏名	年間収入額	預貯金額(※)	資産の有無							
世帯構成	世帯主	円	円	あり・なし							
	世帯員	円	円	あり・なし							
		円	円	あり・なし							
		円	円	あり・なし							
<p>上山市長様</p> <p>上記のとおり、社会福祉法人等利用者負担軽減の申請をします。</p> <p>なお、必要があるときは、世帯に係る市民税課税台帳及びその他課税台帳等を確認できる書類を閲覧することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 _____ 電話番号 _____</p> <p>氏名 _____</p>											

※世帯全員の方の預貯金通帳等の写しを添付してください。

市記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考
適用年月日	年 月 日から	・市民税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 (保険料区分 _____) ・収入状況 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ・預貯金状況 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ・資産状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・扶養状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・滞納状況 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> 該当 (確認番号 _____) <input type="checkbox"/> 非該当 生活保護 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
有効期限	年 月 日まで	