

決 裁	総務課		主管課			係
	課長	補佐	課長	補佐	係長	

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

フリガナ				保険者番号	465294
被保険者氏名				被保険者番号	
	生年月日			性別	
住 所	〒 鹿児島県大島郡喜界町大字 (行政区) 電話番号				
利用者負担額 軽減申請理由	低所得のため				
世帯 構成	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください。	
	世帯主				
	世帯員				
<p>喜界町長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者であることの確認をしていただきますよう申請をします。</p> <p>なお、確認に関して、私の世帯について必要な課税資料等を閲覧することに同意します。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p>申請者 住 所 鹿児島県大島郡喜界町大字</p> <p>氏 名 (印)</p>					

【喜界町記入欄】

交付年月日	住民税世帯情報	審査結果
年 月 日	課税 ・ 非課税	承認 ・ 非承認
適用年月日	高齢福祉年金受給	確認事項
年 月 日 から	あり ・ なし	1 年間収入要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
有効期限	生保受給	2 預貯金等要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		3 活用資産要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
年 月 日 まで	あり ・ なし	4 扶養要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		5 保険料滞納なし <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		6 その他 ()

