

社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度申請に係る申告書

対象者氏名()

項目番号	町要綱支給基準	申告内容
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であること。	年間収入額 世帯人数 円 ()人
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であること。	申請時預貯金等合計額 円
3	日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。	活用できる資産はありません。
4	市町村民税課税である親族等に扶養されていないこと。	税法上及び加入医療保険で市町村民税課税となっている親族等に扶養されていません。
5	介護保険料を滞納していないこと。	現在、介護保険料は滞納していません。

上記項目のすべての申告内容は、事実と相違ありません。

住 所 _____

申請者 _____ 印

※上記申告内容を証明する添付書類等

- ① 対象者の年金支払通知書、確定申告書等収入を証明する書類の写し
- ② 対象者の通帳、証券会社の残高書の写し
- ③ 加入している医療保険者証又は組合員証の写し(猪名川町国民健康保険に加入の方は不要。)
- ④ 他市町に居住する市町村民税非課税の親族等に扶養されている場合は、その者の非課税証明書