

社会福祉法人等利用者負担減額対象確認申請書

R7 年度用

(社会福祉法人等による利用者負担の減額措置)

フリガナ				確認番号			
被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日		明・大・昭 年 月 日		性別		男 ・ 女	
住所		〒 電話番号					
利用者負担額減額申請理由							
		氏 名		生 年 月 日		続 柄	
						生計中心者に○をつけてください	
世帯構成	世帯主			明・大・昭 年 月 日			
	世帯員			明・大・昭 年 月 日			
				明・大・昭 年 月 日			
				明・大・昭 年 月 日			
(申請先) 土浦市長 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の減額対象確認の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号							

社会福祉法人等記入欄

意見		
社会福祉法人等の名称	印	

※「意見」の欄については、申請者が利用しているサービスを提供している社会福祉法人等が、申請者が社会福祉法人等による減額事業を受けることについての意見を記入してください。

市記入欄

交付年月日	備考	
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)	
適用年月日		
年 月 日から		
有効期限		
年 月 日まで		

要介護度	認定期間	保険料納付状況	備考
	～		

裏面も必ずご記入ください。

年 月 日

申請先 土浦市長

住 所 _____
申請者
氏 名 _____ (印)

住 所 _____
利用者
氏 名 _____

利用者欄は申請者と同じ場合は記入の必要はありません。

地方税法に定める所得控除の扶養の有無について

社会福祉法人等による利用者負担減額を受けるに当たり、土浦市社会福祉法人等利用者負担減額事業要綱第4条第1項ア号に規定する、地方税法第34条第1項第10号の2及び第11号に定める所得控除の扶養の有無については次のとおりです。

いずれかを○で囲んでください。

1 被扶養者となっている。

扶養者
住 所 _____
氏 名 _____

市町村民税課税の有無 有 ・ 無

2 被扶養者となっていない。