

## 様式第2号(第5条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日		
住 所	〒 電話番号		
利用者負担額軽減申請理由			
	氏 名	生 年 月 日	続 柄
世帯構成	世帯主	年 月 日	生計中心者に○をつけてください
	世帯員	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
<p>(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軽減対象確認の申請をします。 また、対象の確認に当たって、市が関係機関に対して、収入及び預金残高等の対象の確認に必要な調査を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p> <p>(代筆者氏名) 電話番号</p>			

## 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軽減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
	～		

年 月 日

申請先 土浦市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
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軽減を受けるに当たり、土浦市社会福祉法人等利用者負担軽減事業要綱第4条第1項エ号に規定する、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。