

(第 1 号様式)

社会福祉法人等利用者負担額減額対象確認申請書

令和 年 月 日

船橋市長 あて

社会福祉法人等による利用者負担額の減額を受けるため下記のとおり申請いたします。
なお、申請書に記入した内容については、事実と相違ありません。

(申請者) 住所

氏名

被保険者との関係

電話番号

※ 申請者(申請する人)が被保険者以外の場合は裏面の委任状が必要となります。

被 保 険 者 番 号											
被 保 険 者 氏 名										生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
被 保 険 者 住 所	〒										電話番号 ()
	世帯員氏名				続柄		生年月日			備考	
世帯主											
世帯員											

※ 虚偽の申告をした場合は申請日に遡って認定を取り消します。

※ 申請に必要な書類については、裏面をご覧ください。

委任状

令和 年 月 日

船橋市長 あて

委任者(被保険者)

住 所

氏 名

私は社会福祉法人等利用者負担額減額の申請に関する事務を下記の者に委任いたします。

受任者

住 所

氏 名

・被保険者本人が自署できない場合は、代筆者氏名、本人との関係および理由を記入してください。

代筆者氏名 ()

本人との関係 ()

理 由 ()
理由の例:身体状況により署名できないため 等

○ 申請に必要な書類

① 社会福祉法人等利用者負担額減額対象確認申請書(第1号様式)

② 社会福祉法人等利用者負担額減額に係る同意書(第2号様式)

③ 収入等申告書 (第3号様式)

④ 収入明細等のわかる下記いずれかの書類

- ・年金収入の場合は源泉徴収票、年金改定通知書または振込通知書
- ・給与収入の場合は源泉徴収票または給与明細
- ・その他の収入の場合は確定申告書(控え)等

⑤ 世帯全員の預貯金の通帳

(第2号様式)

社会福祉法人等利用者負担額減額に係る同意書

令和 年 月 日

船橋市長 あて

私は、船橋市社会福祉法人等による利用者負担軽減措置事業実施要綱に基づき、下記事項について同意します。

1. 減額対象確認申請に基づく、私及びその属する世帯の世帯員の市町村民税の内容を減額認定の目的で利用すること。
2. 市が保有する減額認定決定情報を私の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者及び私が利用する軽減対象サービスを提供する特定居宅サービス事業者及び施設サービス事業者に提供すること。

※ 同意者（被保険者）

被保険者住所		
被保険者氏名		

※被保険者以外の人が同意する場合に下欄に記載して下さい。

代理人住所	
代理人氏名	
被保険者との関係	
被保険者本人が同意書に記入できない理由	1. 認知症のため 2. 身体の障害(上腕等)によるため
	3. その他()

(第 3 号様式)

収 入 等 申 告 書

令和 年 月 日

船橋市長 あて

年中の収入について下記のとおり申告します。また、下記に記載した内容については相違ありません。

申請者住所

申請者名

被保険者名

生計が同一の者全員の収入及び預貯金額の記載欄

収入状況 世帯員氏名	恩給・年金等	給与等及びその 他の収入	収入合計額	現金・預金額合計
備 考				

- * 収入の種類の該当する欄に「収入金額」を記入して下さい。
- * 減額のための申請書提出の際は、この収入等申告書と同意書が必要です。