

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

平成 年 月 日

与 論 町 長 殿

所在地
 申出者
 名 称 ㊟

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記により実施するので申し出ます。

申 出 者	フリガナ 名 称				
	主たる事業所の 所 在 地				
	連 絡 先	電話番号		FAX 番号	
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名	
	代表者の住所				
軽 減 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所の名称	所在地	事業実施の種類		
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				

社会福祉法人等利用者負担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の軽減措置）

ふりがな 被保険者氏名		確認番号			
		被保険者番号		535-	
生年月日		明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女	
住所		与論町大字 TEL 97-			
利用者負担額 減免申請理由					
世帯 構成		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○
	世帯主				
	世帯員				
<p>与論町長 殿</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>平成 年 月 日 申請者 住所 与論町大字 氏名 ⑩ TEL</p>					

町記入欄

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

※ 別紙様式（社会福祉法人等による利用者負担軽減措置に係る資産等申告書）を添付して下さい。

社会福祉法人等による利用者負担軽減措置に係る資産等申告書

1 申請者と同一の世帯に属する者（又は属するとみなされるもの（※））

氏名（フリガナ）	申請者との関係	性別	生年月日	住所・電話番号
			年 月 日	〒 () -
			年 月 日	〒 () -
			年 月 日	〒 () -
			年 月 日	〒 () -

※ 申請者が介護保険施設に入所することにより世帯分離をした場合において、それ以前に同世帯であった世帯に属する者をいいます。

2 申請者と上記世帯員に係る資産の状況

(1) 不動産（売買又は賃借予定のもの）

土地	(1)住宅	有無	延面積	所有者氏名	所在地	備考
					〒	
地	(2)田畑 その他	有無			〒	
建物	(1)居住用の持家	有無			〒	
	(2)その他	有無			〒	

(2) 現金及び預貯金等

現金		円			
預貯金	預貯金先	口座番号	口座名義	預貯金額	円
					円
有価証券	有無	種類	額面	評価概算額	

(3) その他の資産

貴金属	有 無	品名	円
その他 高価なもの	有 無		

上記のとおり、相違ありません。

与論町長 様

平成 年 月 日

(申請者) 住所	氏名	印
(世帯員) 住所	氏名	印
住所	氏名	印
住所	氏名	印

注意事項

- (1) 所有する資産については、下記に従って記入してください。
 - ① 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
 - ② 不動産の表の備考には、不動産の種類、使用目的等を記入してください。
 - ③ 評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。
- (2) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (3) 添付書類
 - ① 入所し、又は入所する予定の施設における施設利用料、食費及び居住費について記載されている契約書等の写し
 - ② 所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類
 - ③ 預貯金通帳の写し
- (2) 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。