

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名			確認番号	
			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生			
住 所	〒 電話番号			
利用者負担額 軽減申請理由				
	氏 名	生年月日	備 考	
世帯 構 成	世帯主			
	世帯員			
石 巻 市 長 （あて） 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の確認申請をします。 令和 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 電話番号				
社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認申請に伴い、私の世帯全員の市町村民税の課税状況について、調査することを承諾します。 世帯主氏名				

※ 上記の太枠内のみ記入してください（確認番号については記入不要です。）。

市記入欄

区 分	備 考
所得状況等の確認	
承認の可否	
交付年月日	
適用年月日	
有効期限	

様式第3号（第5条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減制度に係る資産等申告書

令和 年 月 日

石巻市長 様

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請を行うに当たり、次のとおり申告します。

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所			

1 被保険者と同一の世帯に属する者

(フリガナ) 氏 名	被保険者 との関係	生 年 月 日

2 被保険者と世帯員に係る収入の状況（収入のある方のみ記入）

氏 名	前年中の収入

3 被保険者と世帯員に係る資産の状況

(1) 不動産

土 地	(1) 宅 地	有	延面積	所有者氏名	所 在 地	備 考
		無				
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				

※ 裏面も記入してください。

