

習志野市長 あて

社会福祉法人等による利用者負担額軽減の申請をするにあたり、下記のとおり申告をします。
 なお、記載事項につきましては、事実と相違ありません。

申告者	フリガナ		電話	
	氏名	Ⓜ	住所	
被保険者	氏名			

1、申告者の収入の状況

種類	年額	種類	年額
給与収入	円	事業所得	円
年金収入	円	家賃・地代収入	円
恩給	円	その他の収入	円
仕送り	円		円

2、申告者の資産の状況

	項目	有無	延面積	所有者	所在地
不動産	自己の居住用宅地	有・無			
	田畑、その他の土地	有・無			
	自己の居住用持家	有・無			
	その他の建物	有・無			
預貯金等	現金	有・無	円		
	預貯金	有・無	預貯金先	口座名義	預貯金額
					円
	有価証券	有・無	種類	額面	評価概算額
					円
生命保険等	有・無	種類	契約先	契約者氏名	月額保険料
					円
他の資産	自動車	有・無	所有者氏名	車種	評価概算額
					円
	貴金属	有・無	品名		円
その他高価なもの	有・無	品名		円	

・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。

3、軽減申請者の扶養の状況(軽減申請者本人のみ記入してください)

市町村民税上は扶養になっていますか	はい(扶養している方の氏名)・いいえ
医療保険は扶養になっていますか	はい(扶養している方の氏名)・いいえ

【添付書類】申告者の預貯金通帳及び軽減申請者の医療保険証の写しを添付してください。

※不実の申告をして不正に認定を受けた場合、法令に基づいて処罰されることがあります。

資産調査に関する同意書

社会福祉法人等による利用者負担額軽減の申請に伴い、その決定に必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入につき、介護保険課が官公署に調査を囑託し、または、金融機関等（銀行・郵便局・証券会社・保険会社等）、私若しくは私の世帯員の雇用主、その他の関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所

電 話

氏 名

印

氏 名

印

氏 名

印

氏 名

印
