

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制度)

フリガナ 被保険者氏名	ヒロサキ サクラコ	被保険者番号	0000000000									
	弘前 桜子		生年月日	昭和 35 年 11 月 11 日								
住所	弘前市大字上白銀町一丁目1番地											
	電話番号 0172-35-1111											
軽減申請理由	年金収入が少ないため、 社会福祉法人 <u>たか丸会</u> (事業所名： <u>特別養護老人ホーム たか丸</u>) の利用料等の支払いが困難である。											

弘前市長 様

前のおり関係書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。
申請者と世帯の収入・資産等の状況については、下記の申告のおりで相違ありません。
また、申請のために必要があるときは、私及び私の世帯の収入・資産等の状況について貴市長が官公署等に調査し、報告を求めることに同意します。

申請者個人番号:

令和 8 年 8 月 1 日
〒 036 - 8551

本人が手書きしない場合は
押印 してください

住所 弘前市大字上白銀町一丁目1番地

申請者 氏名 弘前 桜子 電話番号 0172-35-1111

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

世帯収入・ 資産等状況に 関する申告	私と私の世帯の収入の合計は <u>1,000,000</u> 円で、世帯の人数は <u>1</u> 人です。
	私と私の世帯の預貯金等の合計は <u>50,000</u> 円です。
	私は負担能力のある親族の扶養になって (<input type="checkbox"/> います <input checked="" type="checkbox"/> いません)
	私と私の世帯が所有する資産は下記の通りです。 <input checked="" type="checkbox"/> 居住用家屋 <input checked="" type="checkbox"/> 居住用宅地 <input type="checkbox"/> 田 <input checked="" type="checkbox"/> 畑 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 所有なし ・ 自宅居住者： <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 () ・ 田及び畑の利用状況： <u>知人に貸して、対価として作物を受け取っている。</u> ・ その他土地の活用状況：

※申請には金額の有り無しに関わらず、世帯全員の通帳の添付が必要です。(定期預金等を含む)

記入上・関係書類添付上の注意

- ・ご本人だけでなく、生計を同一にする世帯員、全員分を漏れなく記入・添付してください。
- ・収入は、年金収入、給与収入、農業収入、不動産収入など、すべての収入額(年額)となります。
(遺族年金や障害年金などの非課税年金や年金生活者支援給付金、仕送りなども含みます。)
ただし、農業収入は、税法上に計上された必要経費を差し引いた、総所得金額を収入とします。
- ・収入の年額は、申請する年度の前年中の1月1日～12月31日が対象です。
例：令和8年度(令和8年8月1～令和9年7月31日)の申請 = 令和7年1月～12月の収入
- ・他市町村に土地、家屋を所有している場合や、他市町村に住んでいる親族の扶養になっている場合は、その市町村名も記入してください。