

様式第2号 (第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減措置認定申請書

(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		確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	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	生 計 中 心 者 に○を付けて下さい	
世 帯 構 成	世帯主		
	世 帯 員		
<p>安来市長 様</p> <p style="text-align: center;">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の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>			

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	

様式第3号(第6条関係)

年 月 日

安来市長 様

住 所

氏 名



生年月日

年 月 日

収入申告書(施設・在宅)

私の前年中の収入について下記のとおり申告します。

(単位:円)

種 類	金 額(年 額)	備 考
年金等の収入		
年金		
年金		
恩給		
給与等の収入		
勤務先:		
仕送り等の収入		
仕送り者		仕送り者の住所
その他の収入(貸土地料等)		
収 入 合 計 額		

※世帯所得証明又は年金等の決定額通知書等、収入が確認できる書類を添付して下さい。
所得証明、年金等決定額通知書、源泉徴収通知書、年金受け取り通帳を持参して下さい。
施設入所又は在宅利用いずれかを選択し円で囲んで下さい。

社会福祉法人等利用者負担軽減措置認定申請書(様式第2号)に添えて提出する

年 月 日

安来市長 様

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日



世 帯 収 入 申 告 書

1 世帯の状況

氏 名	続柄	生 年 月 日	職 業	備 考

2 世帯の収入状況

(1) 賃金収入(雇用・内職等)

収入を得ている者の氏名	勤 務 先	収 入 額	必要経費の種類

(2) 年金・恩給・仕送り等の収入

収入を得ている者の氏名	勤 務 先	収 入 額	必要経費の種類

※仕送りが定期的にある場合は、仕送り種類の欄に月額。不定期の場合には前年度の総額

(3) その他の収入

収入を得ている者の氏名	勤 務 先	収 入 額	必要経費の種類