

高岡市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		確認番号	—			
被保険者氏名		被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日					
住所	〒 — 電話 () —					
利用者負担額軽減申請理由						
	氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○をつけてください			
世帯構成	世帯主	明・大・昭 年 月 日				
	世帯員	明・大・昭 年 月 日				
		明・大・昭 年 月 日				
		明・大・昭 年 月 日				
		明・大・昭 年 月 日				
<p>高岡市長 あて 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者であることの確認をしていただきますよう申請をします。 なお、確認に関して、私の世帯について必要な課税資料等を閲覧することに同意します。 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 () —</p>						

※市記入欄

交付年月日	市民税世帯情報	審査結果	非承認及び理由等
年 月 日	課税・非課税	<input type="checkbox"/> 該当	1. 年間収入要件に非該当 2. 預貯金等要件に非該当 3. 資産要件に非該当 4. 扶養要件に非該当 5. 保険料滞納による非該当 6. その他 ()
適用年月日	高齢福祉年金受給	1. 1/2	
年 月 日 から	あり・なし	2. 1/4	
有効期限	生保受給等	3. その他	
年 月 日 まで	あり・なし	<input type="checkbox"/> 非該当	