社会福祉法人等利用者負担軽に関する確認事項
（各確認事項に記入してください）

1　次の質問にお答えください。

問－１　ご家族についておたずねします。あてはまるところに〇を付けてください。
①　子や孫等と一緒に住んでいる。　②子や孫等とは別に住んでいる。　③子どもはいない。

問－２　問－１で「②子や孫等とは別に住んでいる」に〇をつけた方にお聞きします。子や孫等からの仕送りはありますか。
①仕送りがある(およそ月に　　円位)　②仕送りはない

問－３　あなたが加入している医療保険の種類に〇をつけてください。
①長野県後期高齢者医療保険　②国民健康保険　③本人の社会保険　④子や孫等の会社の保険

問－４　負担能力のある親族等に扶養されていますか。　①はい　②いいえ

問－５　介護保険料を滞納していますか。　①はい　②いいえ

2　申請者と同一の世帯に属する者及び世帯員の収入状況

氏名（フリガナ）	続柄	生年月日	収入（令和　　年中の年額）	
			種類	金額
	本人	明・大・昭・平 年　月　日	給与・年金 その他	円
		明・大・昭・平 年　月　日	給与・年金 その他	円
		明・大・昭・平 年　月　日	給与・年金 その他	円
			合計	円

3　上記世帯員に係る預貯金等の状況（その他：現金、投資信託、有価証券、負債等）
名前（　　）（続柄：本人　）預貯金（　　円）その他（　　円）
名前（　　）（続柄：　　）預貯金（　　円）その他（　　円）
名前（　　）（続柄：　　）預貯金（　　円）その他（　　円）

4 (1) 居住用以外の不動産（※所有している場合は記入）

所有	延面積	所有者氏名	所在地	備考
土地				
建物				

(2) その他の資産（※所有している場合は記入）

内容	概算評価額
	円

以上の記載について、相違ありません。
また、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請にあたり、必要があるときは官公署、年金保険者または金融機関等に、収入、資産、課税状況等照会を飯田市が求めることに同意します。

申請者（本人）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　世帯員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　世帯員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿