

社会福祉法人等利用者負担軽減に関する確認事項

（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○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○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○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

フリガナ 氏名	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、年金保険者又は金融機関等に、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。

申請者氏名 _____

世帯員氏名 _____

世帯員氏名 _____

世帯員氏名 _____