

社会福祉法人等利用者負担軽減申告書

年 月 日

中津市長 あて

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

私及び世帯員の収入額等について、次のとおり申告します。

1. 収入（仕送りも含む） (添付書類：年金支払通知書の写しなど)

氏 名	生年月日	続柄	収入額（ 年中）		市確認欄
			種 類	金 額（年額）	添付書類
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
合 計				円	

2. 預貯金等（有価証券等も含む） (添付書類：金額が確認できる証書及び通帳の写しなど)

氏 名	生年月日	続柄	預貯金額		市確認欄
			種 類	金 額	添付書類
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
				円	有・無
合 計				円	

3. 資産状況（居住用の土地家屋その他日常生活に必要な資産以外）

有・無	氏 名	生年月日	続柄	資 産		活用の有無	市確認欄
				種 類	資産額		添付書類
					円	有・無	有・無
					円	有・無	有・無
合 計					円		

4-1. 扶養者の有無

有・無	氏 名	生年月日	続柄	収入状況		市確認欄
				収入・預貯金・資産等の種類	金 額	添付書類
					円	有・無
					円	

4-2. (A：医療保険・税控除の扶養状況)

申 告 内 容	該当番号に○	扶 養 者 等 氏 名	市確認欄
			添付書類
被保険者（本人）が加入している医療保険	1. 社会保険	扶養者氏名（ 続柄： ） 被保険者証の写し	有・無
	2. 国民健康保険	世帯主氏名（ 続柄： ）	有・無
	3. 後期高齢医療	被保険者：本人	有・無
市町村民税控除被扶養	1. 有 2. 無	1. の場合：扶養者氏名（ 続柄： ）	有・無