

# 社会福祉法人等利用者負担額軽減に係る確認書

※太枠の中をご記入ください。

(基準日 年 月 日)

被保険者名						被保険者番号									
被保険者住所	〒					電話番号									
連絡先	※住所以外で内容の確認をとらせていただく連絡先がありましたらご記入ください。														
	氏名					〔続柄〕									
	〒					電話番号									
世帯員	氏名	〔続柄〕	年収	預金額	有価証券または債権等保有額 (保有されている方はご記入ください。)										
	世帯主		円	円	円										
			円	円	円										
			円	円	円										
			円	円	円										
			円	円	円										
			円	円	円										
			円	円	円										
	世帯合計額		円	円	円										

※対象となる収入は非課税年金などすべての収入を含みます。

扶養されているかどうか	されている ・ されていない
-------------	----------------

※扶養には健康保険で扶養にしてもらうなど、あらゆる経済的援助を含みます。

## 【添付書類について】

必ず下記の書類を添付して提出してください。

- ・ 世帯全員の収入状況を確認できる書類  
(所得課税証明、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書など)
- ・ 世帯全員の預金通帳の写し など
- ・ 世帯全員の健康保険証の写し

必要に応じて、その他関係資料の提出を求める場合があります。