年　　月　　日

　東大和市長　殿

住所

申告者

氏名

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請に係る収入等申告書

　下記の事項について、相違ないことを申告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 | 〒電話　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 1　世帯員等の収入(申請日の属する年の前年中の収入。ただし、申請日の属する月が1月～7月の場合は、前々年中の収入) |
| 　 | 　 | 氏名 | 収入の種類 | 収入金額 |
| 世帯員等 | 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 収入　計 | 円 |
| 2　世帯員等の預貯金(申請日現在) |
| 　 | 　 | 氏名 | 預貯金の種類 | 預貯金額 |
| 世帯員等 | 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 円 |
| 預貯金　計 | 円 |
| 3　居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外の利用し得る資産の有無(申請日現在) |
| 　 | 有・無 |
| 4　負担能力のある親族等による扶養の有無(申請日現在) |
| 　 | 有・無 |