

名寄市社会福祉法人等利用者負担軽減制度に係る
収入及び資産等申告書

被保険者氏名		被保険者番号		
NO	項 目	回 答 欄		
1	世帯員全員が市町村民税	・ 非課税 ・ 課税者有		
2	世帯員の合計収入額が下記の基準額と比べ (平成 年 1月 1日～平成 年 12月 31日の収入) 基準額：150万円＋50万円× 名(本人を除く世帯員数)＝ 万円	・ 以下 ・ 以上		
3	預貯金等の金額が基準額と比べ(申請時の金額) 基準額：350万円＋100万円× 名(本人を除く世帯員数)＝ 万円	・ 以下 ・ 以上		
4	日常生活に供する資産以外に活用できる資産が	・ ない ・ ある		
5	負担能力のある親族等に扶養(市民税・健康保険) されて	・ いない ・ いる いる方：氏名 続柄		
6	住民票は別世帯だが、同じ家に住んでいる親族(市 民税課税者)が	・ いない ・ いる いる方：氏名 続柄		
7	介護保険料を滞納して	・ いない ・ いる		

※ 世帯員とは、住民基本台帳の世帯員とする。親族等は、同居・別居を問わない。

※ 上記の回覧欄に、該当するものを○で囲んでください。

※ 回答欄で、「課税者有」「以上」「ある」「いる」に該当する場合は軽減制度の対象外になります。

※ 厚生労働省の通知により、市町村民税の課税状況及び申告収入金額については税務担当者を確認をいたします。

①上記2の収入額の内、本人及び世帯員で非課税収入(障害年金又は遺族年金等)があれば記載ください。

受給者等氏名	年金種類の名称等	収入金額
		円
		円

②上記4で「ある」と答えた場合、その資産を記載ください。

資産所有者氏名	資産の種類(土地・家屋等)	土地・家屋の所在地

名寄市長 様

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

本人との関係 _____