

別紙

社会福祉法人等の利用者負担額軽減制度申請に係る資産等申告書

社会福祉法人等の利用者負担額軽減制度の適用について、申請するに当たり、次のとおり申告をします。

1 申請者と生計を一にする者

氏名（フリガナ）	申請者との関係	性別	生年月日	住所・電話番号
		男女	年 月 日	
		男女	年 月 日	
		男女	年 月 日	

* 申請者を税及び医療保険の扶養としている方も含みます。

2 申請者と上記世帯員に係る資産の状況

(1) 現金及び預貯金等

現金		円		
預貯金	預貯金先	口座番号	口座名義	預貯金額
				円
				円
有価証券	有無	種類	額面	評価概算額
			円	円

(2) 不動産

	種類	区分	備考
土地	(1) 宅地	有 無	
	(2) 田畑その他	有 無	
建物	(1) 居住用の持家	有 無	
	(2) その他	有 無	

上記のとおり、相違ありません。

川棚町長 様

平成 年 月 日

(申請者) 住所.....氏名.....印

(代理人) 住所.....氏名.....印

注意事項及び添付書類

- 遺族年金及び障害年金も収入となりますので、年金支払通知書等その他収入を証する書類を添付してください。
- 預貯金通帳の写しを添付してください。
- 不動産の表の備考には、不動産の種類、使用目的等を記入してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。