

受付印
(申請年月日)

私は、下記①～⑥が事実であることを確認し、必要書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減の申請をします。
申請内容の確認のために、税務部局その他の関係機関に必要な照会をすることに同意します。
事実と異なり、要件に当てはまらないことが判明した場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議ありません。

令和 年 8 月 1 日以降適用分

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--------------------------|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被
保
険
者 | 保険者番号 | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | | 生年月日 | 明治・大正
昭和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 ー | | | | | | | | | | | | | | | | |

申請者	住所			申請日 令和 年 月 日		
	☐ 被保険者と同じ					
	氏名	本人との関係	電話番号			
			—			

添付書類確認欄	※ <u>世帯員（本人含む）全員の</u> 、預貯金通帳（コピー）をご用意のうえ、下記の該当する方にチェックをしてください。全員分の預貯金通帳が用意できない場合は、その理由もご記入ください。
	☐ 預貯金通帳（コピー）を、全員分添付しました。 ☐ 預貯金通帳（コピー）が添付できません。（預貯金通帳が揃わない又は、口座がない世帯員がいる場合も含む） 添付できない理由：

神戸市記入欄	確認事項	①資格有無		⑥資産要件		決定	令和 年 月 日	決定内容	承認・不承認	入力 コード		
		②世帯課税状況		⑦滞納状況		交付	令和 年 月 日	減額割合	25% ・ 50%			
		③収入要件		⑧生活保護受給		適用	令和 年 月 日	課長	係長	担当	受付	
		④預貯金要件		⑨旧措置有無								
		⑤扶養要件		⑩添付書類								
						期限	令和 年 月 日					