

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
（社会福祉法人等による利用者負担軽減制度）

（あて先） 仙台市長

下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の対象確認申請をします。

		申請年月日	年	月	日
被保険者	被保険者証番号				
	フリガナ				
	氏名	生年月日	明治 大正 昭和	年	月 日
	住所	〒 -			
減免申請理由		1 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 2 生活保護受給者 3 世帯の収入見込金額が基準額以下である等の要件に該当する者			
		電話番号 ()			

※申請者が本人の場合は、記入不要です。代理の方が申請するときは委任状が必要です。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	被保険者との関係
	<input type="checkbox"/> 家族	住所	
	<input type="checkbox"/> 代理人	電話番号 ()	

なお、要件確認のために必要な場合には、仙台市が私及び私の世帯員並びに扶養者の収入状況等について調査することに同意します。

※4月から申請日まで（申請日が4～7月の場合は前年の4月から申請日まで）の世帯員について記入してください。4月以降転出・転入した方もあわせて記入（転出入欄も記入）してください。

世帯員の状況	氏名	続柄	年齢	生年月日	転出入
					年 月 日
				年 月 日	年 月 転出・転入
				年 月 日	年 月 転出・転入
				年 月 日	年 月 転出・転入
				年 月 日	年 月 転出・転入
				年 月 日	年 月 転出・転入

【仙台市処理欄】

保険料納付状況		滞納なし・あり（1年未満・1年以上） / 一部納付 / 納付誓約書			
決定内容案	軽減 ・ 却下	左記のとおり（決定・却下）してよろしいか伺います。 起案年月日： 年 月 日 決定年月日： 年 月 日			収受
適用年月日	年 月 日	課長	係長	係員	
有効期限	年 月 日	決裁欄			