

社会福祉法人等利用者負担額軽減に係る収入等確認書

※太枠の中をご記入ください。

被保険者氏名		被保険者番号									
被保険者住所	〒 電話番号										
連絡先	※上記以外で記入内容の確認をとらせていただく連絡先がございましたらご記入ください。 氏名 (続柄) 〒 電話番号										
世帯員	氏名	続柄	年収	預金額	有価証券または債権等保有額						
	世帯主		円	円	円						
			円	円	円						
			円	円	円						
			円	円	円						
		世帯合計額	円	円	円						

※対象となる収入は、非課税年金（遺族年金等）などすべての収入が対象となります。

扶養されているかどうか	されている ・ されていない
その他特別な事情について	

※扶養には健康保険で扶養にしてもらうなど、あらゆる経済的援助を含みます。

海老名市長様

記載内容に虚偽がないことを誓約し、軽減対象の確認のために必要のあるときは、私の収入状況及びその他の必要事項について、海老名市が税務資料等公簿により調査することに同意します。

本人誓約・同意欄	
----------	--

【添付書類】

下記の書類を添付して提出してください。

- 源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書、その他収入がわかる書類のどれかの写し
- 年金が振り込まれる通帳の写し
- 医療保険の資格情報画面、資格確認書、有効期限内の現行の健康保険証のどれかの写し。ただし、国民健康保険または後期高齢者医療保険に加入している方は省略できる場合があります。

※生活保護受給者の方は、生活保護受給票等の写し