

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	海老名 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	9	9	9	9	9	9
被保険者住所	〒243-0492 海老名市勝瀬175番地の1 電話番号 231-2111												
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 海老名 一郎 (続柄) 長男 〒243-0422 海老名市中新田377番地 電話番号 235-4952												
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 海老名 太郎	本人	820,000円	2,200,000円		300,000円							
	海老名 花子	妻	400,000円	0円		0円							
	海老名 次郎	二男	1,250,000円	800,000円		0円							
				円	円		円						
	世帯合計額		2,470,000円	3,000,000円		300,000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 ・ <u>されていない</u>
その他特別な事情について これまで、子から日常生活の補助や・経済的援助を受けていましたが、子の収入状況が悪化したことにより、援助を受けることができなくなりました。そのため、生活保護の申請もしていません。	

※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	海老名 太郎
----------	--------

【添付書類】

必ず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