

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請に係る資産等申告書

社会福祉法人等による生計 困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度事業実施要綱第5条第2項の規定に基づき、次のとおり申告をします。

1 申請者と同一の世帯に属するもの

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	
		男 女	年 月 日	

2 申請者と上記世帯員に係る資産の状況

(1) 不動産

			延面積	所有者氏名	所在地	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				

(2) 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

(3) その他の資産

自動車	有 無	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額
		使 用 未使用			
					円
貴金属	有 無	品目			円
その他 高価なもの	有 無				

※社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認にあたって、必要があるときは、本人及び世帯の課税状況等について宿毛市長がその他の機関・部署に照合し、確認することを承認します。

上記のとおり、相違ありません。

宿毛市長 様

年 月 日

(申請者) 住所 _____ 氏名 _____ (印)
 (世帯員) 住所 _____ 氏名 _____ (印)
 住所 _____ 氏名 _____ (印)
 住所 _____ 氏名 _____ (印)

注意事項

- (1) 所有する資産については、下記に従って記入してください。
 - ① 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
 - ② 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。
 - ③ 評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。
- (2) 書ききれない場合には、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。
- (3) 添付書類
 - ① 所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類
 - ② 預貯金通帳の写し
- (4) 不実の申告をして不実に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。