

令和 年 月 日

福祉給付金（ねたきり・ひとり暮らし（経過措置対象者以外）） 所得制限に関する申出書

申出者（受給者）

住 所 _____

氏 名 _____ 電話番号（ ） - _____

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 _____

福祉給付金（ねたきり・ひとり暮らし）の受給資格については、本書のとおりであるとともに、私（申出者）は、市町村民税が課されない者等であることを申し出ます。

1 申出者（受給者）の生活拠点について

- 住民登録の住所地と同じ
 住民登録上の住所地と異なる

→ 住 所 地（施設等名称） _____

（住民登録上の住所地が異なる理由）

・親族（続柄： _____）とともに居住

・その他（ _____ ）

2 税法上の扶養について

- 私は扶養されていない
 私は扶養されている

→ この申請内容について必要な場合、豊田市の市民税に関する課税情報及び資格条件に関する情報を確認されることに同意します。

（扶養者）

住 所 _____

氏 名 _____（続柄： _____）

3 生活の状況

- 生活に必要な費用の大半を受け取っていない
- 生活に必要な費用への経済的援助（仕送り等）を受けている
 - 2の扶養者と同じ
 - 2の扶養者以外の人
 - この申請内容について必要な場合、豊田市の市民税に関する課税情報及び資格条件に関する情報を確認されることに同意します。

（経済的援助者）

住 所 _____

氏 名 _____（続柄： _____）

経済的援助の状況 （例：食費及び居住費として月額●●●●円 等）

（※2の扶養者及び3の経済的援助者がいる場合のみ記入）

4 私（申出者）の扶養者及び経済的援助者は、市町村民税が課されない者等である。

- はい
- いいえ

（※ひとり暮らし要件の場合のみ記入）

5 私は、単身で生活を営んでおり、同一敷地又は隣地に親族がいない。

- はい
- いいえ

この申出書の内容に誤り等があり、福祉給付金受給資格の認定条件に当たらないことが判明した場合は、この申出書に伴う福祉給付金受給資格を取り消されても異議は申し立てません。また、要件に異動があった場合は14日以内に届け出ます。

不正受給となった医療費は豊田市へ返還します。

【市処理欄】 資格取得日：H29.7.31以前 = 経過措置対象、H29.8.1以降 = 経過措置対象外

- 市町村民税 非課税世帯
- 該当高齢者が税法上の被扶養者でない
- 親族から生活費の大半を受けていない
- 扶養者・生計維持者も市町村民税が非課税 { 扶養者・生計維持者の
個人コード： _____ }

（※ひとり暮らし要件の場合のみ）

- 同一敷地又は隣地に親族がいない（※地図上で確認）（※親族：血族6親等・姻族3親等以内）