

福祉給付金（ひとり暮らし（経過措置対象者））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（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 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
- 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）