

# 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0														
被保険者氏名																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
住所	〒 ー																			
	電話番号 ( ) ー																			

【収入】 あなたを含めた世帯全員の前年中の収入について記入してください。

	被保険者との続柄	氏名	収入の有無	収入の種類	収入額 (年間の金額)	保険者記入欄 (記入しないで下さい)
1	本人		有・無		円	円
2			有・無		円	円
3			有・無		円	円
4			有・無		円	円
合 計					円	円

遺族年金、障害年金を受給している ( はい ・ いいえ )

※世帯全員の収入がなかった場合は、どのように生計を立てていたかを記入してください。

預貯金等

その他 ( )

・収入の中には、「障害年金」、「遺族年金」、「老齢福祉年金」、「恩給」、「利子」、「親族等からの仕送り」等、あらゆる収入が含まれます。

・収入のあった人全員について、収入の金額が確認できる書類を添付してください。

(例: 「年金等が振り込まれている口座の通帳」(申請日の属する年の前年中の収入、口座名義人及び口座番号がわかるページ) 及び源泉徴収票の写し)

【預貯金等】 あなたを含めた世帯全員の預貯金等の所有状況について記入してください。

	被保険者との続柄	氏名	預貯金等の有無	預貯金等の種類	金額	保険者記入欄 (記入しないで下さい)
1	本人		有・無		円	円
2			有・無		円	円
3			有・無		円	円
4			有・無		円	円
合 計					円	円

・預貯金等を所有している人全員について、金額が確認できる書類を添付してください。

(例: 「預貯金通帳 (最新の預貯金残高、口座名義人及び口座番号、定期預金等がわかるページ)」、有価証券等を保有していることが確認できる書類の写し。)

※裏面も必ず記入してください。

**【扶養】**

- 1 住民票では別世帯であるが、市町村民税を課税されている人と  
 生計を共にして（同居して）いる。 ( はい ・ いいえ )
- 2 被保険者を含む世帯員に、市町村民税を課税されている人の扶  
 養控除の対象となっている人がいる。 ( はい ・ いいえ )

**【資産】**

被保険者を含む世帯員に、住居以外に土地や建物を所有してい  
 る人がいる。(ただし、総面積が2反以下の田畑を除く。)  
 ※2反=1983.472㎡ ( はい ・ いいえ )

**【介護保険料の収納状況】**

被保険者が介護保険料を滞納している。 ( はい ・ いいえ )

同 意 書

加古川市長様

上記のとおり、社会福祉法人等利用者負担軽減対象の確認を申請します。また、軽減対象の確認のために必要のあるときは、私及び私の同一世帯員にかかる収入状況及びその他の必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意するとともに、当該申請が承認された場合には、社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の記載事項について、私の居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業者又は施設介護サービスを提供する介護老人福祉施設に加古川市が情報を提供することに同意します。

また、上記の申告について相違ないことを確認し、事実と異なる場合は軽減を取り消されても異議ありません。

平成 年 月 日

申 請 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(被保険者本人)

世 帯 主 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※申請者（被保険者本人）が世帯主と異なる場合は、上記の世帯主欄に記名押印してください。

代筆の場合 (続柄)

代 筆 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 本人の \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

保 険 者 記 入 欄	住民税（世帯）	課税・非課税	生 保	有 ・ 無	仮 判 定 ( 可 ・ 不可 )		
	世 帯 員 数	1・2・3・4 人	扶 養	有 ・ 無	軽 減 割 合	/	
	年 間 収 入	円	同 居	有 ・ 無	認 定 年 月 日	平成 年 月 日	
	収 入 基 準 額	0,000 円	資 産	有 ・ 無	適 用 年 月 日	平成 年 月 日 から	
	預 貯 金 額	円	保 険 料 滞 納	有 ・ 無	有 効 期 限	平成 年 月 日 まで	
	預貯金等基準額	0,000 円	(特記事項欄)			受 付 者	
	利用者負担段階	1・2・3・4・未					
老 齢 福 祉 年 金	有 ・ 無						