

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)

高砂市長 様

下記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担の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、私の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高砂市が情報を提供することに同意します。

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		印	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 - 電話番号 () -		
ご本人以外 が記入される 場合	氏名		続柄	本人の
	住所	〒 - 電話番号 () -		

【収入】

あなたを含めた世帯全員の前年中の収入(1～6月中の申請については、前々年中の収入)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
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

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。
預貯金等の切り崩し
その他 ()

- ・収入の中には、市町村民税のかからない「障害年金」「遺族年金」「老齢福祉年金」「恩給」、また親族等からの「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。
(「源泉徴収票」「年金振込通知書」「年金等が振り込まれている口座の通帳」等の写。)

裏面も必ず記入してください。

【預貯金等】

あなたを含めた世帯全員の預貯金・有価証券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
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

・「有価証券」とは、手形・小切手・株券・債券等をいいます。

・預貯金・有価証券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。

(「預貯金通帳(最新の預貯金残高、口座名義人がわかる部分)」、「有価証券の金額が確認できるもの」等の写。)

【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(いる ・ いない)
- 2 世帯員が市町村民税を課税されている親族の扶養控除の対象となって(いる ・ いない)
- 3 (1) 住居は(持家 ・ 賃借)
(2) 住居の所有者又は借主を記入してください。

氏名 _____ 本人との関係 本人 ・ 本人の _____

- (3) 所有者・借主が被保険者と同居していない場合は、その人の住所を記入してください。

所有者又は借主の住所 _____

【資産】

- 1 世帯員が住居以外に土地や建物を所有して(いる ・ いない)
- 2 土地や建物を所有している場合は、所有者氏名、物件の種類、地番を記入してください。

所有者氏名 _____ 物件の種類 _____

地番 _____

【介護保険料の収納状況】

納期を過ぎている介護保険料を滞納して(いる ・ いない)

<必ず記入してください>

上記の申告について相違ないことを確認します。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。

本人署名 _____ 印 _____

ご本人以外が記入される場合は、上記と同等の意味において署名してください。

代理人署名 _____ 印 _____ 本人との関係(本人の _____)