

## 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)

太枠の中をご記入ください。

フリガナ		確認番号																	
被保険者氏名		被保険者番号																	
生年月日		明・大・昭 年 月 日																	
住 所		(郵便番号 ー ) (電話番号 ー )																	
利 用 サ ー ビ ス		1 訪問介護 2 通所介護 3 短期入所生活介護 4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5 夜間対応型訪問介護 6 地域密着型通所介護 7 認知症対応型通所介護 8 小規模多機能型居宅介護 9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 10複合型サービス 11介護福祉施設サービス 12介護予防短期入所生活介護 13介護予防認知症対応型通所介護 14介護予防小規模多機能型居宅介護 15第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業 16第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業																	
老齢福祉年金受給者		該 当 ・ 非 該 当																	
収 入 ・ 資 産 状 況 等	世 帯	人																	
	世 帯 合 算 の 前 年 収 入	収入種類：年金・老齢・退職・障害・遺族・他 ( 円 ) 給与 その他 ( )																	
	世 帯 合 算 の 預 貯 金 額 (有価証券、債権など含む)	円																	
	資 産 関 係	お住まいの家屋など、日常生活に供する資産以外に住居や 土地など、活用できる資産をお持ちですか。 は い ・ い い え																	
	扶 養 関 係	負担能力のある親族等に扶養されていますか。 は い ・ い い え																	
その他軽減措置を受ける理由																			

上のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減の申請をします。

なお、私及び世帯員は、利用者負担額の軽減のために必要な場合、私及び世帯員の課税資料を確認されることに同意します。

申請者 住 所

電話番号

【区役所処理欄】

減額割合	/ 100	本件につき（承認・却下）してよろしいか									
交付年月日	年 月 日	<table border="1"> <tr> <td>課長</td> <td>課長補佐</td> <td>係</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	課長	課長補佐	係						
課長	課長補佐		係								
適用年月日	年 月 日										
有効期限	年 月 日										

【減免適用調査書】 ※ 区役所記入欄

1 世帯課税等状況

生活保護受給者等	<input type="checkbox"/> 介護保険システム		<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書等	
当該年度市町村民税世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税		高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 該当
世帯人員	<input type="checkbox"/> 1人世帯	<input type="checkbox"/> 2人世帯	<input type="checkbox"/> 3人世帯	<input type="checkbox"/> 4人世帯
世帯合算の収入基準額	<input type="checkbox"/> 1,500,000	<input type="checkbox"/> 2,000,000	<input type="checkbox"/> 2,500,000	<input type="checkbox"/> 3,000,000
世帯合算預貯金基準額	<input type="checkbox"/> 3,500,000	<input type="checkbox"/> 4,500,000	<input type="checkbox"/> 5,500,000	<input type="checkbox"/> 6,500,000
資産関係 (※世帯員全員)	<input type="checkbox"/> 日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産がない。 【確認資料】 <input type="checkbox"/> 申請者からの申し立て <input type="checkbox"/> その他 ( )			
扶養関係 (※被保険者本人)	<input type="checkbox"/> 負担能力のある親族等に扶養されていない。 【確認資料】 <input type="checkbox"/> 申請者からの申し立て <input type="checkbox"/> その他 ( )			
介護保険料	<input type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していない。			
旧措置者	<input type="checkbox"/> 旧措置入所者で利用者負担段階が5%以下でない。			

2 収入・預貯金積算

	氏 名	前 年 収 入 金 額 : 収 入 種 類	預 貯 金 額
本 人		円 【内訳】 年金収入 円 高齢・退職・障害・遺族・他 ( ) 円 給与収入 円 その他 ( : 円 ) 【確認資料】 年金証書・源泉徴収票・明細・その他 ( )	円 (有価証券等含む) 【確認資料】 預金通帳 申し立て その他 ( )
		円 【内訳】 年金収入 円 高齢・退職・障害・遺族・他 ( ) 円 給与収入 円 その他 ( : 円 ) 【確認資料】 年金証書・源泉徴収票・明細・その他 ( )	円 (有価証券等含む) 【確認資料】 預金通帳 申し立て その他 ( )
		円 【内訳】 年金収入 円 高齢・退職・障害・遺族・他 ( ) 円 給与収入 円 その他 ( : 円 ) 【確認資料】 年金証書・源泉徴収票・明細・その他 ( )	円 (有価証券等含む) 【確認資料】 預金通帳 申し立て その他 ( )
		円 【内訳】 年金収入 円 高齢・退職・障害・遺族・他 ( ) 円 給与収入 円 その他 ( : 円 ) 【確認資料】 年金証書・源泉徴収票・明細・その他 ( )	円 (有価証券等含む) 【確認資料】 預金通帳 申し立て その他 ( )
世帯人員	_____人	世帯合算の前年収入 _____円	世帯合算の預貯金額 _____円

年 月 日 担当

調査の結果、対象者に (該当する・該当しない)