

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措置)

フリガナ			個人番号																
被保険者氏名			被保険者番号																
生年月日	昭和	年	月	日	性別	男・女													
住所	〒 電話番号 - -																		
利用者負担額軽減申請理由	<input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他(低収入のため)																		
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設サービス <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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																		
入所施設及び利用事業所名	入所施設名 _____ 利用事業所名 _____																		
世帯構成	氏名		生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください。														
	世帯主																		
	世帯員																		
<p>南部町長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>なお、対象の確認にあたって、官公署、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関に本人及びその属する世帯等の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>被保険者氏名 ⑩</p> <p>代筆者氏名 被保険者との続柄( )</p>																			
<p>《添付書類》 ※生活保護受給者の場合は、添付書類は必要ありません。</p> <p>○ 扶養関係 健康保険被保険者証</p> <p>○ 給与収入等 源泉徴収票、給与明細、その他 ※南部町に申告している場合は不要</p> <p>○ 預貯金等 世帯全員の預貯金通帳すべて(有価証券等を含みます)</p> <p>○ 仕送り等 仕送り額のわかるもの(振り込まれている通帳等)</p>																			

軽減対象要件確認調書 (1)

1. 扶養状況

○扶養状況について

被保険者本人が市町村民税課税者の扶養控除の対象に ( 1. なっています 2. なっていません )

扶養している方の氏名	続柄	扶養している方の生年月日
		明 大 昭 平 年 月 日
扶養している方の住所 (世帯が分かれている場合に記入)		扶養している方の市町村民税課税状況
		課 税 ・ 非 課 税

○医療保険について

加入している医療保険の被保険者証を添付して下さい。

加入している医療保険の種類	医療保険の名義人氏名	医療保険の名義人住所 (世帯が分かれている場合に記入)
後期高齢医療 ・ 社会保険 その他 ( )		

※添付書類 健康保険証の写し

2. 資産等の保有状況

○預貯金及び資産等について

預貯金及び資産等を所有して ( 1. います 2. いません )

預貯金	銀行・支店名	預貯金残高	口座名義人	銀行・支店名	預貯金残高	口座名義人		
		円			円			
		円			円			
		円			円			
		円			円			
有価証券	種 類	額	面	所有者氏名	種 類	額	面	所有者氏名
その他	種 類	所 有 者 氏 名	所 在 地	面積または評価額	活用の可能性			
	土 地				有 ・ 無			
	家 屋				有 ・ 無			

※添付書類 世帯全員の預貯金通帳すべて、有価証券等

軽減対象要件確認調書 (2)

3. 収入状況

被保険者及び世帯員に収入のある人が (1. います 2. いません)

○年金収入について (遺族年金、障害年金等の非課税年金も含まれます)

収入のある方の氏名			
年金の種類			
前年の受給金額	円	円	円

○給与収入について

収入のある方の氏名			
前年の収入金額	円	円	円

※添付書類 源泉徴収票、給与明細、その他

○上記以外の収入について

収入のある方の氏名			
前年の収入金額	円	円	円

※添付書類 申告書の写し、その他

○仕送り額について

仕送りを受けて (1. います 2. いません)

仕送り額等が一定額の場合	1ヶ月 _____ 円 × 12ヶ月 = _____ 円					
仕送り額等が一定でない場合	1月	2月	3月	4月	5月	6月
	円	円	円	円	円	円
	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	円	円	円	円	円	円
仕送り等の合計金額 _____ 円						

仕送りをしている方の氏名	続柄	
仕送りをしている方の住所 (世帯が別の場合のみ記入)		市町村民課税の有無
		有 ・ 無

※添付書類 仕送り額等の確認できるもの 例) 振り込まれている通帳等

《町記入欄》

- 本人の介護保険料の滞納 有 ・ 無
- 市町村民税課税者の扶養を受けている 有 ・ 無
- 市町村民税課税者と生計を共にしている 有 ・ 無
- 要綱で定める収入金額を超えている 有 ・ 無

被保険者以外の世帯員数 a \_\_\_\_\_名

基準：150万円+50万円×a \_\_\_\_\_名= b \_\_\_\_\_万円

年金収入額	給与収入額	事業等収入額	仕送り等額	合計
円	円	円	円	円

- 要綱で定める預貯金額を超えている 有 ・ 無

基準：350万円+100万円×a \_\_\_\_\_名=c \_\_\_\_\_万円

預貯金残高	有価証券額面	土地・家屋の評価額	合計
円	円	円	円

- 活用できる資産を有し、これを活用している 有 ・ 無

- 軽減割合（承認の場合）

本人の収入金額合計 \_\_\_\_\_円

軽減適用基準	軽減割合
生活保護受給者	<input type="checkbox"/> 100 / 100
老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 50 / 100
上記以外のかた	<input type="checkbox"/> 25 / 100

判定結果	<input type="checkbox"/> 承認          <input type="checkbox"/> 不承認	軽減割合	確認番号
		<input type="checkbox"/> 100 / 100	
		<input type="checkbox"/> 50 / 100	備考欄
	<input type="checkbox"/> 25 / 100		