

社会福祉法人利用者負担軽減対象者確認申請書

確認申請書記入要領

(あて先) 燕市長		区分	新規・更新
被保険者番号		年 月 日	性別
個人番号		年 月 日	男・女
申請者 (被保険者)	フリガナ	生年月日	
	氏名	個人番号（マイナンバー）は、本人が記入してください。本人が記入できない場合は、空欄でご提出下さい。詳細は、別紙「個人番号についてのお知らせ」をご確認ください。	
	住所		
介護認定状況	有効期間 要介護状態区分	事業対象者 要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5

次のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

なお、申請内容の確認に際し必要のあるときは、地方税法に基づく課税台帳等により世帯の収入等について確認することを承諾します。

また、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、利用者負担額軽減措置に係る内容について、

居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設並びにサービス事

利用者負担額軽減申請理由 (該当に○)	1. 介護サービスの利用 2. その他 ()	対象者の方と世帯員、全員についてご記入ください。
------------------------	----------------------------	--------------------------

1 あなたの世帯の収入状況

世帯員等	申請者本人		世帯員				
	世帯員氏名	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
世帯員等	公的年金	円	国民年金・厚生年金・企業年金などの課税年金の総支給額(所得税等控除前の額)。 ※通帳に振り込まれた金額の合計と異なることがあります。				
	福祉年金等	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族恩給 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金	円	非課税年金の総支給額。 ※通帳に振り込まれた金額の合計です。			
		給与収入	円	給与や営業収入等、年金以外に収入がある場合、ご記入ください。 また、収入金額の分かる書類をあわせてご提出ください。			
		事業収入等	円				
	仕送り	(世帯への仕送りの年間総収入額) 円	年間12万円以上の援助を受けている場合に金額をご記入ください (課税者の方から年間12万円をこえる援助を受けている場合該当となりません)。				
	上記以外の収入 ()	円	配当金や利息等				
	世帯の収入合計額		円				

※燕市記入欄

《裏面に続く》

交付年月日	年 月	保険料滞納	備考
適用年月日	年 月	燕市が事務処理に使用する欄ですので、記入しないでください。	
有効期限	年 月 日まで		
該当/非該当	1・2・3		

(裏)

2 あなたの世帯の預貯金等の状況

世帯状況	基準額	保有状況(該当に○)
単身世帯	350万円	1有・2無
	350万円+100万円×(人数)	
	= 円	1有・2無

本人を除く同居家族の人数を記入。

住民票のある自宅以外の住宅(施設に住所を移して入所している方は前住所地の自宅は除く)や、ガレージ、空き地、農業用地、

1有 → 基準額超保有の場合

3 あなた

日常生活に供する資産(自宅にかかる土地と家屋)以外に活用できる資産(該当に○)	1有・2無	介護保険料の滞納(該当に○)	1有・2無
---	-------	----------------	-------

5 あなたの世帯が受けている経済的

経済的な援助などの項目	1有	2無	2無・不明	1あなた以外・世帯員以外	2あなた又は世帯員	3施設に住所を移して入所中	1あなた以外・世帯員以外	2あなた又は世帯員	3施設に住所を移して入所中	市民税の状況
(1)あなたの世帯への仕送り	有	無								(該当に○) 課税 非課税
(2)市民税であなた又は世帯員の扶養者となっている人	有	無・不明								(該当に○) 課税 非課税
(3)健康保険の保険証の名義人	あなた以外・世帯員以外	あなた又は世帯員								(該当に○) 課税 非課税
(4)住居の名義人(所有名義、賃貸名義)	あなた以外・世帯員以外	あなた又は世帯員	施設に住所を移して入所中							(該当に○) 課税 非課税
(5)公共料金(電気・ガス・水道)を負担している人	あなた以外・世帯員以外	あなた又は世帯員	施設に住所を移して入所中							(該当に○) 課税 非課税

年間12万円以上の援助を受けている場合、有に○。

本人または同居家族が、税制上どなたかの被扶養者となっている場合に、扶養者の氏名を記入。(配偶者控除を申告している方も含)

賃貸(公営住宅含む)の場合は、その旨記入。名義人が複数いる場合、すべての

経済的な援助等をしている人の氏名を記入した場合、その方が市民税課税か非課税か、該当に○。

※ 上記の(1)~(5)のうち、右端の市民税の状況の「課税」に1つで ⇒あなたの世帯は、市民税が課税されている人に扶養されていることに。

以上のとおり社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申告書の記載内容に間違いはありません。

事実と異なることが判明した場合は、軽減を取り消し遡って負担分を返納することに異論ありません。

日中連絡のとれる電話番号を記入してください。

軽減申請者(被保険者)

筆 名

住 所

電 話

氏 名

(続柄)

)