

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		確認番号														
対象者氏名		被保険者番号														
生年月日	年 月 日(歳)	個人番号														
軽減申請理由	1 世帯全員が市町村民税非課税で、下記の全てに該当しているため (1) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。 (2) 預(貯)金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。 (3) 居住用の土地・家屋その他日常生活のために必要な資産以外に、利用できる資産を所有していないこと。 (4) 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。 (5) 介護保険料を滞納していないこと 2 生活保護受給者であるため															
利用施設又はサービス事業者	名称	(電話番号:)														
	サービス種類	・介護老人福祉施設 ・(介護予防)訪問介護(※) ・(介護予防)通所介護(※) ・(介護予防)短期入所生活介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護 ・(介護予防)認知症対応型通所介護 ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ・複合型サービス ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ※総合事業の第1号訪問事業・通所事業のうち介護予防訪問介護・通所介護に相当する事業を含む。														
		氏名	生年月日				年齢	続柄								
世帯構成	世帯主		年 月 日													
	世帯員		年 月 日													
			年 月 日													
			年 月 日													
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確認を申請します。 なお、この審査のために南幌町が私と世帯員及び私が扶養を受けている親族の所得状況等について調査を行うことに同意します。 年 月 日 南幌町長様 申請者 住所 氏名 電話番号																

(裏面もご記入願います。)

世帯市町村民税課税状況	課税・非課税		他市町村照会	有()・無
生活保護受給状況	有・無・申請中		負担限度額認定	該当・非該当
収入状況	(世帯年収)	円	高額介護サービス費 利用者負担段階	1・2・3・4・5
	(預貯金等)	円		
	基準以下・基準超		承認内容	承認・不承認
活用資産の有無	有・無		軽減割合	25・50・100 /100
被扶養の有無	有・無		備考	・2段階特養等利用者負担除外 ・生活保護受給者 個室居住費のみ
介護保険料滞納の有無	有・無			

確 認 項 目	申 請 者 記 入 欄 (※ 必ずご記入ください)
① 世帯市町村民税 非課税者の確認	○世帯全員が市町村民税非課税者ですか？ (はい ・ いいえ)
②収入要件 年間収入が単身世帯 : 150万円以下 世帯員1人増えるごとに : 50万円加算	○申請者及び世帯全員の収入はいくらですか？ (非課税収入(遺族年金、障害年金等)や仕送りも含む) 申請者 ()万円 世帯合計 ()万円
③預貯金等の額 単身世帯 : 350万円以下 世帯員1人増えるごとに : 100万円加算	○申請者及び世帯全員の預貯金額を記入してください。 (※額の確認ができる預金通帳の写しを貼付してください。) 申請者 ()万円 世帯合計 ()万円 ○有価証券や債券をお持ちですか？ 有 申請者 ()万円 世帯合計 ()万円 (額面又は市場価格にて評価してください) 無
④日常生活に供する資産以外に活用できる 資産の有無	○申請者及び世帯全員の自らの住まい及び日常生活に供する 資産以外に活用できる資産(住居や土地)はありますか？ (収入を補うため活用できるもので、一般的に換金価値が高いもの。) (有 ・ 無)
⑤負担能力のある親族等の有無	○同居の親族以外の負担能力のある親族に扶養されてお りますか？(所得税の扶養親族や医療保険の被扶養者等) (はい ・ いいえ)
⑥介護保険料の滞納の有無	○介護保険料を1ヶ月でも滞納していますか？ (はい ・ いいえ)

【送付先】被保険者住所以外へ送付する場合のみ記入してください。

※ 決定通知を下記に送付してください。(①②のどちらかへ○をつけてください。)

① 入所中の施設等 (名称:)

② その他

住 所 : 〒 -

氏 名 : 電話番号: - -

町記入欄

交付年月日	年 月 日 交付	適用年月日	年 月 日から
有効期限	年 月 日 まで	備 考	