

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			保険者番号			2	1	2	0	5
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別	男・女						
住 所	〒									
利用者負担額 軽減申請要件	1 市民税世帯非課税者であること 2 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 3 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 4 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと 5 負担能力のある親族等に扶養されていないこと 6 介護保険料を滞納していないこと									
世帯構成		氏 名	生年月日	性別	備考(続柄)					
	本人									
	世帯員									
関市長 様 社会福祉法人等による利用者負担軽減の対象者であることの確認を申請します。 なお、関市が申請要件の確認調査を関係当局に対して求めることに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号										

※ 収入等申告書を添付すること。

社会福祉法人等による軽減措置に係る資産等申告書

介護保険法施行規則第83条の6（第172条の2において準用する場合を含む。）の規程に基づき、次の通り申告をします。

1 申請者と同一の世帯に属する者（又は属するとみなされる者（※））

氏名（フリガナ）	申請者との関係	性別	生年月日	住 所・電話番号
		男 女	年 月 日	〒 () -
		男 女	年 月 日	〒 () -
		男 女	年 月 日	〒 () -
		男 女	年 月 日	〒 () -

※ 申請者が介護保険に入所することにより世帯分離をした場合において、それ以前に同世帯であった世帯に属する者をいいます。

2 申請者と上記世帯員に係る資産の状況

(1) 不動産

土地	(1) 土地	有 無	延面積	所有者氏名	所 在 地	備 考
					〒	
	(2) 田 畑 その他	有 無			〒	
建物	(1) 居住用の 持家	有 無			〒	
	(2) その他	有 無			〒	

(2) 現金及び預貯金等

現 金		円			
預貯金	預貯金先		口座番号	口座名義	預貯金額
					円
					円
有価証券	有	種 類	額 面	評価概算額	
	無		円	円	

(3) その他の資産

自動車	有 無	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額
		使用 未使用			円
貴金属	有 無	品名			円

上記の通り、相違ありません。

関市長 様

令和 年 月 日

(申請者) 住所 _____ 氏名 _____

(世帯員) 住所 _____ 氏名 _____

住所 _____ 氏名 _____

住所 _____ 氏名 _____

注意事項

(1) 所有する資産については、下記に従って記入してください。

① 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。

② 不動産の表の備考には、不動産の種類、使用目的等を記入してください。

③ 評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入してください。

(2) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

(3) 添付書類

① 入所し、又は入所する予定の施設における施設利用料、食費及び居住費について記載されている契約書などの写し

② 所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写しその他収入を証する書類

③ 預貯金通帳の写し

(4) 不実の申告をして不正に認定を受けた場合、刑法の規定によって処罰されることがあります。