

# 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

①

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

ア	代理申請者	本人申請の場合記載不要 住所: 電話番号: ( ) 氏名: (本人との関係: )	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要) 被保険者 本人氏名 Ⓜ (本人自署の場合は押印不要)
---	-------	--	-----	---

イ	フリガナ		保険者番号	1	9	2	0	6	2
	被保険者氏名		被保険者番号						
	個人番号								
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女					
	住所	〒 — 電話番号 ( )							
	軽減申請事由	1 市民税世帯非課税であり、かつ所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため 2 軽減対象者に該当すると思われ、かつ高齢福祉年金受給者であるため							
		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください				
世帯構成	世帯主		年 月 日						
	世帯員		年 月 日						
			年 月 日						
大月市長 様		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。									

保険者記入欄

ウ	社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認 決定			年 月 日			
	受付	確認番号		承認	福祉介護課		
		交付年月日	年 月 日		課長	リーダー	担当
		適用年月日	年 月 日から	不承認			
		有効期限	年 月 日まで				

収入等状況申告書

年 月 日

大月市長様

申請者住所  
(被保険者)氏名

年中の私及び私の属する世帯員全員の収入等について、次のとおり申告します。

1 私の所得等の状況

①所得(年金を除く)

なし あり(下記に記入してください)

区分 給与所得 事業(農業・小売業・サービス業等)所得 不動産所得 その他所得

区分	所得額
	円
	円
	円
計(①)	

※内容の分かる書類(申告書・源泉徴収票等)のコピーを添付

②年金収入等

受給していない 受給している(下記の種類に○印をして金額を記入してください)

年金の種類	年間受給額
国民年金 老齢福祉年金 厚生年金 共済年金 農業者年金	円
恩給 遺族年金 障害年金 その他( )	円
計(②)	円

※内容の分かる書類(公的年金等の源泉徴収票・振込み口座の通帳等)のコピーを添付

③その他の収入(仕送り・援助金等(施設への支払いを含む))

なし あり(下記に記入してください)

氏名	住所	続柄	電話番号	年間総額
				円
				円
計(③)				円

(ア) 私の収入合計(①+②+③) 円

2 私以外の世帯全員の所得・年金収入

氏名	前年中の所得(年金を除く)		前年中の年金収入	
	区分	金額	年金の種類	金額
		円		円
		円		円
		円		円
(イ) 私以外の世帯員の収入合計				円
世帯全員の収入合計 (ア)+(イ)				円

(裏面があります)

3 私の預貯金等の状況

種類	有無	預貯金先	預貯金額
普通預貯金	有・無		円
			円
定期預貯金	有・無		円
			円
有価証券・社内預金等	有・無		円
(ウ) 合計			円

4 私以外の世帯員の預貯金等の状況

種類	氏名	預貯金先	預貯金額
普通・定期預貯金			円
			円
			円
			円
有価証券・社内預金等			円
(エ) 合計			円

※3, 4は預貯金通帳・証書類をコピーして添付してください。

世帯全員の預貯金 合計(ウ) + (エ)	円
-------------------------	---

5 私の被扶養状況

①個人市町村民税の扶養控除において

扶養親族となっている⇒ 扶養義務者

氏名	住所	続柄
市町村民税の課税状況(課税・非課税)		

扶養親族となっていない

②健康保険などの医療保険において被扶養となっていますか

扶養親族となっている⇒ 扶養義務者

氏名	住所	続柄
市町村民税の課税状況(課税・非課税)		

扶養親族となっていない

※健康保険証(カード式の場合は本人のみ)をコピーしてください。

6 私及び世帯全員の、住宅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の資産の所有状況

所有している。( )  所有していない。

7 介護保険料の納入状況

納入済である。  滞納している。

《注意事項》

虚偽の申請その他不正な手段によりこの軽減を受けた場合は、軽減額の全部または一部を返還してもらうことがありますのでご注意ください。

# 同意書

④

社会福祉法人等による利用者負担額軽減等の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯全員及び扶養義務者(以下「私等」という。)の収入又は資産の状況について、官公署に調査を嘱託し、若しくは金融機関、信託会社その他の機関又は私等の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

大月市長様

(被保険者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(世帯員) 氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(扶養義務者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

※署名において児童・学生は除く

※施設入所者で、旧世帯がある場合は旧世帯全員の署名をしてください

## 社会福祉法人等利用者負担軽減申請書の提出について

### ■ 申請書類の記入上の注意事項

各書類の右上に番号が付いています ① ・ ② ・ ③ ・ ④

#### ① 申請書について

- ・本人が申請する場合は、「イ」のみ記入します。
- ・本人以外の方が申請する場合は、「ア」と「イ」を記入します。
- ・「ウ」の欄は、記入しないでください。

(申請事由が『生活保護受給者のため』の場合は②以降の提出不要)

#### ②・③ 申告書について

- ・この書類は、世帯全員の収入、預貯金の状況、被保険者の扶養の状況を記入します。
- ・収入状況や預貯金、扶養関係が把握できない場合は、軽減確認証の発行をすることが出来ませんので、必ず正確に記入してください。

#### ④ 同意書について

- ・世帯全員の収入等の確認と大月市以外に居住している扶養義務者の課税状況の調査等のための同意書です。

### ■ 申請に必要なもの

- ◎印鑑
- ◎医療保険の保険証コピー
- ◎世帯全員の預貯金通帳の写し

### ■ 社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者の基準は次のとおりです。

市民税世帯非課税者であって、次のアからオの要件のすべてに該当される方及び生活保護受給者です。(該当されない方は、申請書類を提出する必要はありません)

- ア、 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50万円加算した額以下であること。
- イ、 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。
- ウ、 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。
- エ、 負担能力がある親族等に扶養されていないこと
- オ、 介護保険料を滞納していないこと。

記入上不明な点は、次までお問合せください。

大月市役所 福祉介護課 介護保険担当 電話： 0554—23—8035(直通)