

様式第3号

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)

①

新規・更新

被保険者名前		③ 被保険者番号	
フリガナ カイゴ タロウ		0 0 0 0 1 2 3 4 6 7	
② 介護 太郎		生年月日	
		④ 1912年10月10日	
被保険者住所			
⑤ 福山市 東桜町 丁目 3番 5号			
番地 電話番号(084)928-1166			
⑥ 利用者負担額軽減申請理由			
市町村民税世帯非課税者であり、 <input checked="" type="checkbox"/> 収入要件等に該当し、生計が困難であるため <input type="checkbox"/> 高齢福祉年金受給者であり、収入要件等にも該当し、生計が困難であるため <input type="checkbox"/> 2013年(平成25年)8月1日又は2014年(平成26年)4月1日施行の生活扶助基準等の見直しに係る特例措置対象者であり、収入要件等にも該当し、生計が困難であるため <input type="checkbox"/> 生活保護受給者(裏面の収入状況等申告書の記載は不要)			
被保険者世帯構成			
	名前	生年月日	生計中心者に○印を付けてください。
世帯主	⑦ 介護 太郎	1912年10月10日	○
世帯員	介護 花子	1914年12月11日	
		年 月 日	
		年 月 日	
福山市長様 社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減を受けたいので、関係書類を添付して、軽減対象の確認の申請をします。 なお、この申請に関して私の世帯の収入及び資産の保有状況並びに高齢福祉年金及び生活保護の受給の有無について調査することに同意します。 ○○○○年 ○月 ○日 ⑧ 住所 福山市 東桜町 丁目 3番 5号 申請者 (被保険者) 番地 名前 介護 太郎 ⑨印 電話番号(084)928-1166			

- 社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業の対象者
- ①市町村民税世帯非課税者であって、次の要件のすべてを満たす方です。
- ・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
  - ・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
  - ・世帯が、その住居の用に供する家屋その他の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
  - ・負担能力のある親族等に扶養されていないこと
  - ・介護保険料を滞納していないこと
- ②生活保護受給者

2013-介護-323 A4 再生紙55 2013.07 200

- ① はじめて申請する方は「新規」に、確認証の更新のために申請する方は「更新」のいずれかに○印を記入してください。
- ② 軽減申請対象者となる、被保険者の名前およびフリガナを記入してください。
- ③ 軽減申請対象者となる、被保険者の被保険者番号を記入してください。(被保険者番号は被保険者証または資格者証に記載されています。)
- ④ 軽減申請対象者となる、被保険者の生年月日を記入してください。
- ⑤ 軽減申請対象者となる、被保険者の住所および電話番号を記入してください。
- ⑥ 利用者負担額軽減申請理由として、該当する理由にチェックをしてください。
- ⑦ 世帯主及び世帯員について、それぞれ名前、生年月日を記入してください。また、生計中心者に○印を付けてください。
- ⑧ 申請者(軽減申請対象者となる、被保険者)の住所、名前、電話番号を記入して、印鑑を押してください。

収入状況等申告書

2013年8月1日

福山市長様

住所 ① 福山市東桜町3番5号  
 名前 介護太郎 印 介護

私の世帯の収入状況等について、次のとおり申告します。なお、次に記載する内容は事実と相違ありません。

1 収入要件

名前	続柄	年金の種類 (年金の種類)	給与	事業の種類 (事業の種類)	その他 ( )	合計
② 介護太郎	本人	607,830円 (老齢基礎年金)	0円	100,000円 (農業)	0円	707,830円
介護花子	妻	0円	0円	0円	100,000円 (仕送り)	100,000円
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円
合計						807,830円

※ 申請日現在の申請者とその属する世帯全員の前年の収入状況を記入してください。  
 なお、年間収入は、非課税収入や仕送りなどを含むものです。

2 預貯金等要件

名前	続柄	預貯金	有価証券	債券	その他 ( )	合計
③ 介護太郎	本人	1,000,000円	0円	0円	0円	1,000,000円
介護花子	妻	2,000,000円	0円	0円	0円	2,000,000円
		円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円
合計						3,000,000円

3 資産要件

④ ① 居住用以外の土地家屋等の有無 (有・無に○, 有の場合は具体的に記入してください)

有  所在地・規模等:  
 無

② その他の資産等の有無 (有・無に○, 有の場合は具体的に記入してください)

有  内容等:  
 無

4 扶養要件

⑤ ① 本人を市町村民税の扶養控除の対象としている人の有無 (有・無に○, 有の場合は具体的に記入してください)

有	扶養者の名前	本人との続柄
<input checked="" type="checkbox"/> 無		

② 本人を医療保険の被扶養者としている人の有無 (有・無に○, 有の場合は具体的に記入してください)

有	扶養者の名前	本人との続柄	医療保険の種類
<input checked="" type="checkbox"/> 無			

5 滞納要件 (該当するものに○を付けてください)

⑥  介護保険料を滞納していない  介護保険料を滞納している

※ 福山市記入欄(この欄は記入しないで下さい)

受付時確認欄		関係書類等確認欄		
受付	申請要件確認	<input type="checkbox"/> 収入状況等申告書 <input type="checkbox"/> 収入を証明する書類(年金額支払通知書, 源泉徴収票, 給与明細書・老齢福祉年金受給者証等)の写し <input type="checkbox"/> 預貯金等の額を証明する書類(預金通帳, 有価証券, 債権証券等)の写し <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証の写し		
受付者名	<input type="checkbox"/> 収入要件等該当 <input type="checkbox"/> 収入要件等に該当し, 老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 収入要件等に該当し, 特例措置該当者 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者			
提出者確認欄		審査・入力等確認欄		
区分	名前・施設等名称	オンライン	決定事項	備考
<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> 施設・事業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(名前) (施設等名称)		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	

- ① 軽減申請対象者となる, 被保険者の住所及び名前を記入して印鑑を押してください。
- ② 軽減申請対象者となる, 被保険者と世帯全員の前年の収入状況について記入してください。
- ③ 軽減申請対象者となる, 被保険者と世帯全員の預貯金・有価証券・債権などの保有状況について記入してください。
- ④ 軽減申請対象者となる, 被保険者と世帯全員が所有する自らの住まい等, 日常生活に供する資産以外の資産の所有状況について記入してください。
- ⑤ 軽減申請対象者となる, 被保険者を扶養している親族等の状況について記入してください。
- ⑥ 軽減申請対象者となる, 被保険者と世帯全員の介護保険料の滞納状況について記入してください。