

被保険者の名前、被保険者番号、生年月日、住所、電話番号を記載してください。

利用者負担軽減対象確認申請書

による利用者負担の軽減制度)

(新規)・更新

| | | | |
|---|--|-------------------------|----------------------|
| フリガナ | | 被保険者番号 | |
| カイゴ | タロウ | 0 0 0 0 1 2 3 4 6 7 | |
| 介護 太郎 | | 生年月日 | |
| | | 1931 年 | 10 月 10 日 |
| 被保険者住所 | | | |
| 福山市 東桜町 丁目 3 番 5 号 | | | |
| | | 番地 | 電話番号(084) 928 - 1166 |
| 利用者負担額軽減申請中 | | | |
| ①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"/> 老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、2014年(平成26年)4月1日、2015年(平成27年)4月1日、2018年(平成30年)10月1日、2019年(令和元年)10月1日又は2020年(令和2年)10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 ② <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) | | 該当する理由にチェックを してください。 | |
| 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 | 介護 太郎 | 1931 年 10 月 10 日 | ○ |
| 世帯員 | 介護 花子 | 1933 年 12 月 11 日 | |
| | 世帯主、世帯員について、それぞれ名前、生年月日を記載し、生計中心者に○印をしてください。 | 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又は介護予防・生活支援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老齢福祉年金、生活保護及び特定入所者介護(予防)サービス費の受給の有無 申請年月日、申請者(被保険者)の名前を記載してください。(押印不要) | | | |
| 〇〇〇〇 年 〇 月 〇〇 日 | | | |
| 申請者(被保険者) 名前 | | 介護 太郎 | |

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

申請年月日、申請者(被保険者)の名前を

〇〇〇〇年〇月〇〇日

福山市長様

名前 介護 太郎

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 | 給与 | 事業の種類 | その他 | 合計 |
|-------|----|----------------------|----|------------------|-------------------|-----------|
| 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 |
| | | | | 合計 | | 807,830 円 |

被保険者と世帯全員の前年度の収入を記載してください。

※収入を証明する書類を添付すること

収入状況を記入してください。

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 |
|-------|----|------------|------|----|-----|-------------|
| 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 |
| | | | | 合計 | | 3,000,000 円 |

被保険者と世帯全員の預貯金、有価証券、債券等の保有状況を記載してください。

※預貯金等の額を証明する書類を添付すること

3 資産要件

①居住用以外の土地家屋等の有無(有・無に○を付けてください)

| | | |
|-------------|----------|--|
| 有 ・ 無 | 所在地・規模等: | |
|-------------|----------|--|

②その他の資産等の有無(有・無に○を付けてください)

| | | |
|-------------|------|--|
| 有 ・ 無 | 内容等: | |
|-------------|------|--|

被保険者と世帯全員の資産の保有状況や介護保険料の納付状況、被保険者を扶養している親族の状況を記載してください。

「有・無」の該当するものに○印をしてください。また、「有」の場合は、内容を具体的に記載してください。

4 扶養要件

①本人を市町村民税の扶養控除の対象としている

| | | |
|-------------|--------|--------|
| 有 ・ 無 | 扶養者の名前 | 本人との続柄 |
| | | |

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○を付けてください)

| | | | |
|-------------|--------|--------|---------|
| 有 ・ 無 | 扶養者の名前 | 本人との続柄 | 医療保険の種類 |
| | | | |

具体的に記入してください

5 滞納要件(該当するものに○を付けてください)

○介護保険料を滞納していない ・介護保険料を滞納

申請書提出者の名前、連絡先を記載し、提出書類確認欄にチェックをしてください。(提出書類に不備がある場合、受付ができないことがあります。)

※提出者記入欄

| 提出者名 | 提出書類確認 | 介護保険課 (受付者名) |
|------|--|---|
| 区分 | <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、債券証券等)の写し <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証の写し | <input type="checkbox"/> 高齢者支援課 <input type="checkbox"/> 支所 |
| 連絡先 | | 審査決定事項 <input type="checkbox"/> 該当(25(50)/100) <input type="checkbox"/> 該当(100/100) <input type="checkbox"/> 非該当 |