

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

ふりがな					申請年月日	年 月 日				
被保険者氏名					生年月日	明・大・昭 年 月 日				
被保険者番号	個人番号						性別	男・女		
被保険者住所	〒				電話番号 ( )					
軽減を申請する理由	※ 申請理由が下記の事項のいずれかに該当するときは、【家族の状況等】以下の項目の記入の必要はありません (署名除く)。									
	<input type="checkbox"/>	現在、生活保護を受給しており、今後、特別養護老人ホームの多床室以外の居室に入所する (予定) のため。								
	<input type="checkbox"/>	旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下であり、今後、特別養護老人ホームのユニット型個室に入所する (予定) のため。								
【家族の状況等】 ※ 記入上の注意をよくお読みになり、もれなく記入してください。										
※ 記入上の注意		◎申請者及び生計を同一にする世帯員について、全て記入してください。 ◎収入は、年金収入、給与収入、不動産収入など、全ての収入額 (年額) を記入してください。 (遺族年金や障害者年金などの非課税年金や仕送りなども含みます。) ◎預貯金等は、預金、貯金のほかに、有価証券や債券なども含みます。								
家族 (世帯) の状況	人員	ふりがな 氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	収入 (年額)、預貯金の額の状況			
	申請者		本人	/	/		収入	円	年金収入 給与収入 その他 ( )	
							預貯金等	円	預金 貯金 その他 ( )	
	世帯員	①				明・大・昭・平 ・		収入	円	年金収入 給与収入 その他 ( )
								預貯金等	円	預金 貯金 その他 ( )
		②				明・大・昭・平 ・		収入	円	年金収入 給与収入 その他 ( )
								預貯金等	円	預金 貯金 その他 ( )
		③				明・大・昭・平 ・		収入	円	年金収入 給与収入 その他 ( )
								預貯金等	円	預金 貯金 その他 ( )
	軽減対象要件 (申告) 確認項目							どちらかに○を付けてください。		
1	私の世帯の収入額は、基準額 ※基準額=単身世帯で150万円、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額						以下です	を超えています		
2	私の世帯の預貯金等の額は、基準額 ※基準額=単身世帯で350万円、世帯員が一人増えるごとに100万円を加算した額						以下です	を超えています		
3	私の世帯では、自宅などの日常生活のために必要な資産以外に、収入を賄うために活用できる資産が						ありません	あります		
4	私は負担能力のある親族等に扶養 ※税法上の扶養親族、医療保険の被扶養者、給与計算上の扶養手当支給対象者						されていません	されています		
5	私は、介護保険料を滞納						していません	しています		
6	私は、食費・居住費 (滞在費) に係る負担限度額の認定を						受けています	受けていません		
7	私は、平成25年8月1日、平成26年4月1日又は平成27年4月1日施行の生活扶助基準等の改正に伴い生活保護が廃止された特例措置対象者に						該当します	該当しません		
添付書類	◎収入の額がわかる書類 (源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書等) の写しを添付してください。 ◎預貯金等の額がわかる書類 (預金通帳、貯金通帳等) の写しを添付してください。 ◎医療 (健康) 保険証の写しを添付してください。									
稚内市長 様 上記のとおり、添付書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請及び収入等の申告をします。この申請 (申告) 書の記載内容及び添付書類は事実と相違ありません。 また、この申請 (申告) に関して稚内市が必要とするときは、稚内市が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況及び預貯金等について調査されることに同意します。										
本人氏名								印		