

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

記入例

フリガナ	カイゴ タロウ	保険者番号	2 8 2 0 9 5								
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号				1	2	3	4	5	6
生年月日	S00 年 〇 月 〇 日		性別	男・女							
住所	〒 豊岡市・・・ 電話番号 ( ) - 24- 2401										
介護サービスの利用状況等	<input checked="" type="radio"/> 施設サービス (旧措置入所：該当・ <b>非該当</b> ) <input type="radio"/> 居宅サービス (訪問サービス・通所サービス・短期入所・用具貸与)										
確認希望期間	年 月 から 年 7月 まで		確認の開始希望月は、申請月の前において直近の8月までしか遡りません								
	年 8月 から 年 7月 まで		6月または7月の申請で、8月以降も確認の継続を希望される場合に記入								
申請遅延理由	(既に対象サービスを利用されており、申請月以前からの確認を希望される場合、その理由等を記入)										

社会福祉法人等利用者負担軽減の対象者として確認願いたく、申請します。

なお、この確認に必要な範囲に限り、被保険者並びに世帯主及び世帯員の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供若しくは内容の報告等を求められることに同意します。

令和〇年 〇月 〇日

豊岡市長様

申請者 住所 668-0046 豊岡市立野町12番12号

氏名 介護 三郎

[本人以外の場合：続柄 長男、電話番号(090)〇〇〇〇-〇〇〇〇]

申請者の属する世帯の全員

	氏名	生年月日	性別	備考
世帯主	介護 太郎	S・10・1・1	男・女	
世帯員	介護 花子	S・10・1・2	男・女	
			男・女	
			男・女	

注1：同意される場合は、氏名欄を自署してください。なお自署することが困難な場合は記名押印してください。

注2：利用者負担の軽減対象は、この事業に参加している社会福祉法人等によるサービスの提供に限られます。

市記入欄	年度	判定の結果及び根拠等	対象期間	受付印
		・確認( / 、老福・境界層・低所得) ・不確認(本人課税・世帯課税・所得超過)	年 月 日から 年 月 日まで	
		・確認( / 、老福・境界層・低所得) ・不確認(本人課税・世帯課税・所得超過)	年 月 日から 年 月 日まで	
	判定日	裏面は「収入申告書」の記入例です		

# 記入例 世帯収入等申告書

豊岡市長様

申告者

施設職員の方が代行される場合も、申請者は被保険者名でお願いします。

〇日

氏名 **介護 太郎**

続柄 **長男**、電話番号 (090) -4234 - 5678

氏名 **介護 三郎**

申告内容の確認をさせていただく場合があります。そのための連絡先が申請者と別の方であれば、ここにご記入ください。

負担軽減対象者としての確認に関し、被保険者の属しておりであることを申告します。

、負担軽減対象者としての確認が取消された場合に

あつては、申告者の責任において一切の費用を負担し、誠意をもって解決することを誓約します。

## 1. 収入額の状況 (令和4年1月1日～令和4年12月31日)

区分	氏名	所得申告	総収入額	備考
前年の収入 (令和4年分)	<b>介護 太郎</b>	無 <input checked="" type="radio"/> 有	<b>1,250,000</b> 円	<b>年金</b>
	<b>介護 花子</b>	<input checked="" type="radio"/> 無 有	<b>550,000</b> 円	<b>年金</b>
		無・有	円	
非課税年金 の受給者		無・有	円	

注1：総収入額は、控除前の収入額で、記入行が不足する場合は、備考欄に同様の事項を記入して下さい。

注2：遺族年金や障害者年金などの非課税年金を受給している場合、収入額を記入し、通帳の写しを添付して下さい。

## 2. 現金・預貯金等の保有状況 (申請日現在)

区分	保有者・名義人	担保設定	保有額等	備考
現金・預金	<b>介護 太郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 無 有	<b>754,586</b> 円	<b>A銀行 添付の通帳の写しのとおり</b>
	<b>介護 太郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 無 有	<b>450,000</b> 円	<b>B銀行 定期 添付の通帳の写しのとおり</b>
	<b>介護 花子</b>	<input checked="" type="radio"/> 無 有	<b>300,000</b> 円	<b>A銀行 添付の通帳の写しのとおり</b>
有価証券等		無・有	円	
		無・有	円	
満期型保険	<b>介護 太郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 無 有	<b>50,000円/年</b> 円	<b>生命保険 A生命 コピーのとおり</b>
不動産	<b>介護 太郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 無 有	円	<b>自宅のみ</b>
		無・有	円	
書画・骨董・ 貴金属など		無・有	円	
		無・有	円	

注3：預貯金には、株や先物の取引に係る口座を含み、備考欄に金融機関名及び預金種別を記載して下さい。

注4：預貯金がある場合は、通帳の写しを添付して下さい。

注5：有価証券等には、国債、株券、小切手、手形及び出資債権の他、商品券なども記載して下さい。

注6：満期型保険には、生命、火災、学資及び個人年金等の満期給付がある保険を記載して下さい。

注7：不動産は、現住の土地・家屋を除き、備考欄に所在地、面積、及び地目又は用途を記載して下さい。

注8：書画・骨董・貴金属などには、動産及び処分が可能な自動車や農業機械なども記載して下さい。

## 3. 親族による扶助等の状況 (減免申請者についての、上記1の期間中の一般的な状況)

区分	扶助等の状況
税申告上の扶養	<input checked="" type="radio"/> 別居親族の扶養 <input checked="" type="radio"/> 同居親族の扶養 <input type="radio"/> 誰の扶養にもなっていない
医療保険の加入	<input type="radio"/> 別居親族の扶養 <input type="radio"/> 同居親族の扶養 <input checked="" type="radio"/> 自己加入(保険料：親族負担・自己負担)
光熱水費の負担	<input type="radio"/> 別居親族が負担 <input type="radio"/> 同居親族が負担 <input checked="" type="radio"/> 自己負担あり( )
生活費への支援	別居親族からの定期的な現金等の授受：なし・ <input checked="" type="radio"/> あり(約 <b>15</b> 万円/年)