

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措置）

ふりがな				申請年月日		年 月 日	
被保険者氏名				被保険者番号			
				個人番号			
被保険者住所		〒 ー		電話番号 ()			
【家族の状況等】 ※記入上の注意をよくお読みになり、もれなく記入願います。							
記入上の注意		◎被保険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・障害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、預貯金・現金の他に、有価証券なども含みます。 ◎偽りその他不正の行為によって軽減を受けた場合は軽減額の返還が求められます。					
世帯の状況		ふりがな	続柄	年齢	生年月日	収入(前年1月～12月)・預貯金等の状況	
		氏名				収入額	預貯金等額
	被保険者		本人		年 月 日	円	円
						年金収入・給与収入 その他()	預貯金・現金・有価証券 その他()
	2				年 月 日	円	円
						年金収入・給与収入 その他()	預貯金・現金・有価証券 その他()
	3				年 月 日	円	円
						年金収入・給与収入 その他()	預貯金・現金・有価証券 その他()
	4				年 月 日	円	円
						年金収入・給与収入 その他()	預貯金・現金・有価証券 その他()
	合 計					円	円
	申告項目					いづれかに○を付けてください。	
申請者及び世帯員全員が市町村民税非課税					です。	ではありません。	
前年(1月～7月の申請の場合は前々年)の世帯の収入は、基準額 ※基準額＝単身世帯 150 万円、世帯員が1人増える毎 50 万円加算					以下です。	を超えています。	
世帯の預貯金・現金・有価証券等の額は、基準額 ※基準額＝単身世帯 350 万円、世帯員が1人増える毎 100 万円加算					以下です。	を超えています。	
自宅など日常生活のために必要な資産以外に、世帯の資産は					ありません。	あります。	
負担能力のある親族等に扶養されて					いません。	います。	
介護保険料を滞納して					いません。	います。	
【添付書類】・預貯金等の額が判る書類(預貯金通帳、定期預金証書、有価証券等)の写しを添付してください。							
網走市長 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の申請をします。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。この申請(申告)に関して必要とするときは網走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・資産等について関係機関に報告を求めることに同意します。 また、介護サービス計画等を作成するために必要があると認められるときは、申請結果を網走市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者または介護保険施設の関係人に提示することに同意します。							
本人氏名 _____				※申請者が被保険者本人の場合は以下省略可			
申請者住所 _____				本人との関係 _____			
申請者氏名 _____				連絡先(自宅・勤務先) _____ ()			

網走市記載欄