

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生計困難者等に対する利用者負担軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名		確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由			
氏名	生年月日	性別	生計中心者 に○を付ける
世帯構成	世帯主	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
	世帯員	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
		明・大・昭・平 年 月 日	男・女
		明・大・昭・平 年 月 日	男・女
現在利用中の社会福祉法人・サービスについて、該当するものに○をしてください。			
《社会福祉法人名》	・神原苑	・愛世会（センチュリー21）	・博愛会（宇部あかり園）
・むべの里	・光栄会（日の山園）	・アスワン山荘	・ひとつの会
・扶老会（楠園）	・宇部市社会福祉協議会	・好生園	・育修会
・敬愛会			
《サービスの種類》	・施設入所	・通所介護（介護予防含）	・短期入所（介護予防含）
・訪問介護（介護予防含）	・認知症対応型通所介護（介護予防含）	・小規模多機能型居宅介護（介護予防含）	
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	・第一号訪問事業	・第一号通所事業	

宇部市長 様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象確認の申請をします。

なお、私及び私の属する世帯員の市民税の課税状況を課税台帳等により調査・確認され、また、老齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査・確認されることに同意します。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名

印

電話番号

市記入欄（以下は記入しないで下さい。）

受付日	該当（ 1/2 ・ 1/4 ） ・ 却下
受付者	1. 世帯課税の有無 平成 年度分 (有・無)
	2. 生活保護受給の有無 (有・無)
	3. 老齢福祉年金受給の有無 (有・無)
	4. 世帯の収入等の状況
	世帯の前年中の収入合計基準額 (超・以下)
	他世帯に属する市町村民税課税者からの扶養 (有・無)
	活用できる資産の有無 (有・無)
	5. 介護保険料の滞納 (有・無)
	6. 負担限度額認定の有無 (有・無)

収入状況等申告書

(社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書用)

平成 年 月 日

宇部市長様

氏名 _____ 印 _____
(明治・大正・昭和 年 月 日)

下記の内容について相違ありません。

相違があった場合には、この申告書の内容に基づいて行われる社会福祉法人等利用者負担の軽減を取り消されても、異議を申し立てません。

なお、市が下記の記載内容や私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等の課税状況等及び介護保険料の納付状況を調査することに異議ありません。

私の属する世帯の世帯主及び全ての世帯員にかかる平成____年中の収入について、次の通り申告します。

	氏名	続柄	収入の種類(注1)	収入金額(注2)
世帯状況			年金等()・給与・ その他()	円
			年金等()・給与・ その他()	円
			年金等()・給与・ その他()	円
			年金等()・給与・ その他()	円

※ 内容のわかる書類(公的年金等の源泉徴収票・振込口座の通帳等)のコピーを添付してください。

確定申告または市県民税の申告済みのものは、添付不要です。

(注1)「収入の種類」欄の書き方については、

- 複数の収入がある場合は、該当する収入の種類全てに○および必要事項を記入して下さい。
- 「年金等」収入の場合には()内に老齢、遺族、障害、恩給等の種類を、「その他」収入の場合には()内に不動産、事業等の種類を記入して下さい。
- 非課税収入や仕送りも含みます。

(注2)「収入金額」欄の書き方については、

- 複数の収入がある場合は、合計額を記入して下さい。
- 「年金等」「給与」収入については、収入金額(各種控除前の額)としてください。
- 「その他」収入については、市民税の所得金額計算に従い、所得金額としてください。

【確認事項】

(1) 市町村民税課税者に扶養されている。(税金の控除・健康保険の扶養など)	はい・いいえ
「はい」の場合扶養している人の氏名・生年月日	氏名 _____ 明・大・昭 年 月 日
(2) 居住または生計の維持のため以外に活用できる資産がある。	はい・いいえ
(3) 世帯の合計預貯金額(有価証券・債券等を含む)(注3)(_____ 円)	

(注3) 預貯金通帳等の写し(名義人名のわかる部分、前年1月1日から12月31日まで及び最終残高の記載頁)を添付してください。