

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)

2023. 6作成

フリガナ	-----	確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日		
住所	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由			
	氏名	生年月日	生計中心者 に○を付ける
世帯構成	世帯主	大・昭・平 年 月 日	
	世帯員	大・昭・平 年 月 日	
		大・昭・平 年 月 日	
		大・昭・平 年 月 日	
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	・アスワン山荘	・敬愛会
	・むべの里光栄	・愛世会(センチュリー21)	・ひとつの会
	・扶老会(楠園)	・育修会	・博愛会(宇部あかり園)
《サービスの種類》	・施設入所	・通所介護	・短期入所
	・訪問介護	・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。  
 確認に関して、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すること、  
 老齢福祉年金及び生活保護の受給状況を調査すること、及び銀行等に預貯金等の残高の報告を  
 求めることに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

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 _____ 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 (超・以下)
	世帯の前年中の収入合計基準額 (有・無)
	他世帯に属する市町村民税課税者からの扶養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)	