社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書（ □新規　□更新　□再申請 ）

　　　　　　　　　　　　　 （社会福祉法人による利用者負担の軽減措置）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　 |
| 減免申請理由 | □ 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者□ 生活保護受給者□ 世帯の収入見込み金額が基準以下である等の要件に該当する者 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設利用状況 | □ 特別養護老人ホーム　　□ 訪問介護　　□ 通所介護　　□ ショートステイ　　□ その他 |
| 介護保険施設の名称及び所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 生 年 月 日 | 続柄 | ＜町使用欄＞ |
|  | 収入額 | 非課税年金 | 合計額 |
| 世帯員の状況 | 世帯主 |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 鰺ヶ沢町長　殿次のとおり関係書類を添えて、社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の申請をします。なお、この度の申請に伴い、必要な場合は本人及びその属する世帯等の市町村民税の課税状況、収入額、資産（預貯金・不動産等）及び扶養の有無等を、鰺ヶ沢町が官公署等に調査し、そ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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。） |

＜町使用欄（これより下は記入不要）＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人世帯 | 非課税・ 課税 |  | 確認証等の入所施設への送付希望 | 有　・　無 |
| 世帯収入 | 範囲内 ・ 超過　　　　　　　　　円（　　　人世帯　　　　　万円以下） |  |  |  |
|  | 判定結果 | 該当　・　非該当 |
|  | 適用期間 | 年　　月　　日～　　　　　　　　年　７月３１日 |
| 預貯金額 | 範囲内 ・ 超過　　　　　　　　　円（　　　人世帯　　　　　万円以下） |  |
|  | 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 親族等の扶　養 | 無 ・ 有扶養者氏名　　　　　　　　　　扶養者の課税状況　　課 ・ 非 | （決裁欄） |
|  | 課長 | 代理 | 班長 | 班員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |  |
| 介護保険料の滞納 | 無 ・ 有 |  |

＜減額対象者の要件＞

|  |
| --- |
| 以下のすべての項目を満たす方1. 市町村民税世帯非課税
2. 年間収入が、単身世帯で150万円以下（世帯員が1人増えるごとに50万円を加算）
3. 預貯金額等が、単身世帯で350万円以下（世帯員が1人増えるごとに100万円を加算）
4. 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に、利用し得る資産を所有していない。
5. 負担能力のある親族等に扶養されていない
6. 介護保険料を滞納していない
 |

＜町使用欄（これより下は記入不要）＞

|  |
| --- |
|  |