第１号様式（第６条関係）　　　　　　　**記　入　例**

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制度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | 　　　　ニホンマツ　タロウ　　　二本松　太郎 | 確認番号 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  | ９ | ９ | ９ | ９ |
| 生年月日 | 昭和　１年　１月　１日生 | 性　　別 | 男・女 |
| 住　　所 | 〒　９６４－８６０１　　二本松市金色４０３番地１電話番号　０２４３－２３－１１１１ |
| 利用者負担額軽減申請理由 | 収入が少なく、生活が苦しいため |
| 利用サービス及び提供事業者 | 利用サービスの種類 | 提供事業者名 |
| 訪問介護（ホームヘルプサービス） | ヘルパーステイションかないろ |
| 通所介護（デイサービス） | デイサービスセンターかないろ |
|  |  |
| 世帯構成 | 氏　　　　名 | 生年月日 | 性　別 | 生計中心者に○をつけて下さい |
| 世帯主 | 二本松　太郎 | 昭和１年１月１日 | 　男 | ○ |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 二本松市長　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の申請をします。なお、この審査のために私及び世帯員の市民税の課税状況、その他必要な事項の状況を確認することに同意します。年　　月　　日住所　　二本松市金色４０３番地１氏名　　二本松　太郎　　　　　　電話番号　０２４３－２３－１１１１ |

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備　　　　　考 |
| 　　　　年　　月　　日 |  |
| 適用年月日 |
| 　　　　年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 　　　　年　　月　　日まで |

収入状況等申告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認項目 | 申請者記入欄（※必ずご記入ください） | 確認欄 |
| ①市町村民税世帯非課税者の確認 | ○世帯全員が市町村民税非課税者ですか？（　　はい　　・　　いいえ　　） |  |
| ②収入要件年間収入が単身世帯で１５０万円以下世帯員が一人増えるごとに５０万円加算 | ○申請者及び世帯全員の収入はいくらですか？(非課税収入や仕送りも含む。)(※年金支払通知書等の写しを添付してください。)申請者　（　　　　８４３，４０２　円）世帯員　（　　　　　　　―　　　　円）世帯合計（　　　　８４３，４０２　円） |  |
| ③預貯金等の額単身世帯で３５０万円以下世帯員が一人増えるごとに１００万円加算 | ○申請者及び世帯全員の預貯金額を記入してください。(※額の確認ができる預金通帳等の写しを添付してください。)申請者　（　　　　５２３，６８４　円）世帯員　（　　　　　　　―　　　　円）世帯合計（　　　　５２３，６８４　円）○有価証券や債券をお持ちですか？　　有　　申請者　（　　　　　　　　　　　円）　　　　世帯合計（　　　　　　　　　　　円）（額面又は市場価格にて評価してください）　　無 |  |
| ④日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無 | ○申請者及び世帯全員の自らの住まい及び日常生活に供する資産以外に活用できる資産（住居や土地）はありますか？(収入を補うため活用できるもので、一般的に換金価値が高いもの。)（　　有　　・　　無　　） |  |
| ⑤負担能力のある親族等の有無 | ○同居の親族以外の負担能力のある親族に扶養されておりますか？（　　はい　　・　　いいえ　　） |  |
| ⑥介護保険料の滞納の有無 | ○介護保険料を１ヶ月でも滞納していますか？（　　はい　　・　　いいえ　　） |  |