別記第1号様式(第8条関係)

令和　　　年度

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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | | |  | | | | 被保険者番号 |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | |  | | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 利用サービス | | | 1　特別養護老人ホーム（旧措置入所者への該当　　該当・非該当)  2　在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当　　該当・非該当) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額減免申請理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 氏名 | 続柄 | 年間収入 | 預貯金額 | 日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無 | | 扶養関係(世帯員以外の者に扶養されている時はその氏名) | | | | | | | | 医療保険 | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 | |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
| 世帯員 | |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
| 串本町長　　　　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の確認を申請します。  この申請書の記載内容及び添付書類は事実と相違ありません。また、軽減対象の確認のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入状況その他の必要事項について、税務資料等公簿により調査することに同意します。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (被保険者) | | 住所  氏名 | | | | | | | 電話番号  　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | |

申請者（被保険者）以外の方が提出する場合、下記を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名（事業所の場合は事業所名及び担当者名） | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所（事業所の場合は所在地）  〒 | 本人との関係 |

送付先設定(**被保険者の住所以外へ**の送付を希望する場合は必要事項を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | （住所記載不要）□提出者住所  （住所記載必要）□担当ケアマネージャー在籍事業所　　　□被保険者が入所している介護施設  〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | ・町外に居住している方がある場合、年間収入がわかる書類（非課税証明書)  ・預貯金等の残高がわかる書類（預金通帳の写し、有価証券等の保有状況がわかるもの等)  ・日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無がわかる書類（固定資産税納税通知書等)  ・扶養状況がわかる書類（源泉徴収票の写し、確定申告書の写し等)  ・送付先を設定(被保険者本人の住所以外に送付)する場合は、本人確認と代理権を確認することができる書類（※）を添付してください  ※…書類A（写し可能）被保険者の介護保険被保険者証や前年度の証書　　書類B（原本）委任状 |

※町記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付年月日： | | 備　　　　考 |
| 適用年月日： | から |  |
| 有効期限： | まで |

╲　必要書類チェックリスト　╱　　申請前に書類が揃っているか要チェック！

**被保険者と提出者が異なる場合**

□提出者欄に必要事項を記入した。

**すべての対象者**

□通帳の写し…合計　　　枚同封した

□最新の記帳日はR5年6月になっている

もしくは、６月中に記帳したが、

更新されなかった。

□定期預金があるものも、忘れずに写しを

同封した。

□写しは日付や残高が見切れていない。

**送付先を設定する場合**

□注意事項（4）を確認し、本人確認・代理権確認のための書類を同封した。

同封した書類は

□書類A　　□書類B（原本のみ）

　注意事項

(1)この申請書における「配偶者」には、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2)遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

(3)預貯金額には、保有しているすべての口座分の金額を記入してください。

保有しているすべての通帳・証書等の写しを添付してください。

負債（借入金、住宅ローン等）がある場合は預貯金等から差し引いて計算しますので、

借用証書等の写しを添付してください。

**(4)送付先を設定(被保険者本人の住所以外に送付)する場合は、本人確認・代理権を確認**

**できる書類（※）を添付してください**。

※…書類A（写し可能）被保険者の介護保険被保険者証や前年度の証書

　　書類B（原本）委任状

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **注意事項（4）にあてはまる場合で、書類Aを添付できない場合に記入してください。**  **送付先を設定しない場合や、書類Aを準備できる場合には記入する必要はありません。** | | | | |
| **委任状**  串本町長　宛  　　私は、私もしくは世帯員の社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認書類の  受領手続きを、代理人（　　　　　　　　　）に委任します。    　　年　　月　　日 | | | | |
| 委任者 | 住所： |  | | |
| 氏名： |  | 被保険者との関係： |  |

別記第1号様式(第8条関係)

記入例

令和　５　年度

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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | | |  | | | | 被保険者番号 |  | |  |  | |  | 不明なら空欄 |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | |  | | | |
| 住所 | | | 〒  クシモト　タロウ  串本　太郎  S〇・〇・〇〇  649-3592  串本町サンゴ台〇〇番地　　　　　　　　　　　　　　　\*\*\* - \*\*\*\* - \*\*\*\*  (例)年金収入のみで所得が少ないため  串本 海子　 主　　80万円 90万円　なし 　　串本　海太郎　　後期  串本 太郎　 夫　　90万円　50万円　なし　　　 串本　海太郎　　後期  　　串本町サンゴ台〇〇番地  　　串本　太郎　　　　　　　　　　　　　　　　\*\*\*　　\*\*\*\*　　\*\*\*\* | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | |
| 利用サービス | | | 1　特別養護老人ホーム（旧措置入所者への該当　　該当・非該当)  2　在宅サービス（訪問介護の経過措置への該当　　該当・非該当) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額減免申請理由 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 氏名 | 続柄 | 年間収入 | 預貯金額 | 日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無 | | 扶養関係(世帯員以外の者に扶養されている時はその氏名) | | | | | | | | 医療保険 | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 | |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
| 世帯員 | |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  | |  | | | | | | | |  | | | |
| 串本町長　　　　様  町県民税課税者に扶養されている場合、太郎さんは軽減措置を受けることができません  家族が居住していない宅地は資産とみなします。  配偶者は、世帯が別であっても記入してください。  R５ 　７　 〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (被保険者) | | 住所  氏名 | | | | | | | 電話番号  　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | |

申請者（被保険者）以外の方が提出する場合、下記を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名（事業所の場合は事業所名及び担当者名）  必要な場合だけ  記入する | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所（事業所の場合は所在地）  〒 | 本人との関係  串本　海太郎　　　　　　　　　　　　　　＊＊＊ - ＊＊＊＊ - ＊＊＊＊  649-\*\*\*\* 和歌山県〇〇××番地　　　　　　　子  649-\*\*\*\*  　串本町〇〇番地　　〇〇居宅支援事業所　気付 |

送付先設定(**被保険者の住所以外へ**の送付を希望する場合は必要事項を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | （住所記載不要）□提出者住所  ✓  （住所記載必要）□担当ケアマネージャー在籍事業所　　　□被保険者が入所している介護施設  〒 |

送付先を設定する場合は、裏面の注意事項（4）を確認して、必要な書類を準備する

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | ・町外に居住している方がある場合、年間収入がわかる書類（非課税証明書)  ・預貯金等の残高がわかる書類（預金通帳の写し、有価証券等の保有状況がわかるもの等)  ・日常生活に供する資産以外に活用できる資産の有無がわかる書類（固定資産税納税通知書等)  ・扶養状況がわかる書類（源泉徴収票の写し、確定申告書の写し等)  ・送付先を設定(被保険者本人の住所以外に送付)する場合は、本人確認と代理権を確認することができる書類（※）を添付してください  ※…書類A（写し可能）被保険者の介護保険被保険者証や前年度の証書　　書類B（原本）委任状 |

※町記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付年月日： | | 備　　　　考 |
| 適用年月日： | から |  |
| 有効期限： | まで |

╲　必要書類チェックリスト　╱　　申請前に書類が揃っているか要チェック！

**被保険者と提出者が異なる場合**

□提出者欄に必要事項を記入した。

**すべての対象者**

□通帳の写し…合計　　　枚同封した

□最新の記帳日はR5年6月になっている

もしくは、６月中に記帳したが、

更新されなかった。

□定期預金があるものも、忘れずに写しを

同封した。

□写しは日付や残高が見切れていない。

✓

✓　　　　　　　３

✓

**送付先を設定する場合**

□注意事項（4）を確認し、本人確認・代理権確認のための書類を同封した。

同封した書類は

□書類A　　□書類B（原本のみ）

✓

✓

チェックリストを利用して、

必要書類がそろっているかご確認ください。

✓

✓

記入例で申請（郵便申請）するときの必要な書類

封筒

通帳の写し

（A4用紙３枚分）

・最終記帳日が今年の6月

・預貯金額の見切れなし

書類A

（前年度限度証

　　　 の写し）

①申請書　　　　　　　②通帳の写し

③本人確認　兼

代理権確認書類

申請書

（両面とも記入済）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **注意事項（4）にあてはまる場合で、書類Aを添付できない場合に記入してください。**  委任状について  必要な場合だけ記入してください。  　今回の記入例では、  「送付先を設定する申請」で、  書類A（前年度限度証の写し）を同封したので、委任状は必要なし  **送付先を設定しない場合や、書類Aを準備できる場合には記入する必要はありません。** | | | | |
| **委任状**  串本町長　宛  　　私は、私もしくは世帯員の社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認書類の  受領手続きを、代理人（　　　　　　　　　）に委任します。    　　年　　月　　日 | | | | |
| 委任者 | 住所： |  | | |
| 氏名： |  | 被保険者との関係： |  |