

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)

令和 年度

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																			
<p>串本町長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 (被保険者) 氏名 - -</p>																				

提出者氏名（事業所の場合は事業所名及び担当者名） □本人 □代理人：	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	(住所の記載不要) □被保険者本人の自宅 □被保険者が入所中の介護施設 (住所の記載必要) □提出者住所 □担当ケアマネージャー在籍事業所 □被保険者が入院中の病院 〒
-----	--

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・町外に居住している方がいる場合、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） ・申請結果を本人以外に送付する場合、<u>下記いずれかの書類（※）</u>を添付してください。 ただし、送付先が入所施設や居宅支援事業所の場合は添付不要です。詳細は裏面を確認ください。 また、本制度に関する送付先設定をすでに完了している（前年に手続きしている）場合も不要です。
------	--

※町記入欄

交付年月日：		備考
適用年月日：	から	
有効期限：	まで	

記入例

フリガナ 被保険者氏名	クシモト タロウ 串本 太郎				被保険者 番号	不明なら空欄				
生年月日	SO・O・OO									
住所	〒 649-3592 串本町サング台〇〇番地				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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	(例)年金収入のみで所得が少ないため									
	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	串本 海子	主	80万円	90万円	なし	串本 海太郎	後期		
	世帯員	串本 太郎	夫	90万円	50万円	なし	串本 海太郎	後期		
<p>串本町長 様</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: 30%;"> <p>配偶者は、 世帯が別であっても記入し てください。</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: 30%;"> <p>家族が居住していない 宅地は、「資産」と みなします。</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: 30%;"> <p>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</p> </div> </div> <p>申請者住所 串本町サング台〇〇番地 電話番号 *** - **** - **** (被保険者) 氏名 串本 太郎</p>										

提出者氏名(事業所の場合は事業所名及び担当者名) <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人: 串本 海太郎	連絡先(自宅・勤務先) *** - **** - ****
提出者住所(事業所の場合は所在地) 〒 649-**** 和歌山県〇〇××番地	本人との関係 子

送付先	(住所の記載不要) <input type="checkbox"/> 被保険者本人の自宅 <input type="checkbox"/> 被保険者が入所中の介護施設 (住所の記載必要) <input type="checkbox"/> 提出者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネージャー在籍事業所 <input type="checkbox"/> 被保険者が入院中の病院 〒 649-**** 串本町〇〇番地 〇〇居宅支援事業所 気付
-----	--

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・町外に居住している方がいる場合、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) ・申請結果を本人以外に送付する場合、<u>下記いずれかの書類(※)</u>を添付してください。 <p>ただし、送付先が入所施設や居宅支援事業所の場合は添付不要です。詳細は裏面を確認ください。 また、本制度に関する送付先設定をすでに完了している(前年に手続きしている)場合も不要です。</p>
------	---

※町記入欄

交付年月日:		備考
適用年月日:	から	
有効期限:	まで	

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。また、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) 申請の結果を、提出者住所に送付する場合は下記のいずれかの書類（※）を添付してください。ただし、本人が提出する場合や、送付先が、入所施設、居宅支援事業所の場合は添付不要です。
※ 添付書類 被保険者の「介護保険被保険者証」や「前年度の証書」、「委任状」など

必要書類チェックリスト

すべての対象者

通帳の写し

- ① 定期預金がある場合、
- ② 写しの日付や残高が見切れ
- ③ 配偶者や同一世帯人がいる場合、配

設定する送付先によっては、注意事項(4)の書類が不要となります。よくご確認ください。

本人と異なる住所を送付先に設定する場合

注意事項(4)を確認

必要な場合のみ、記入する。
注意事項(4)の「書類A」が揃った場合は記入する必要はありません。
注意事項(4)の書類が必要なケースに当てはまるが、「書類A」を準備できない時は「委任状」が必要です。

次の場合

- ・被保険者の
- ・注意

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（**串本 海太郎**）に委任します。

令和〇年〇月〇日

住所：**串本町サンゴ台〇〇番地**

委任者

氏名：**串本 海子**

被保険者との関係：**本人**