

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		☐ 年金収入のみで所得が少ないため ☐ その他													
世帯構成		世帯主	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						
		世帯員		主				有 無	有 無	国 後 社 生					
				配子き				有 無	有 無	国 後 社 生					
				配子き				有 無	有 無	国 後 社 生					
				配子き				有 無	有 無	国 後 社 生					
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 住所 電話番号															
(被保険者) 氏名															

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 ☐ 本人 ☐ 配 ☐ 子 ☐ きょうだい ☐ ケアマネ ☐ 他

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	・ 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へ送付する場合は、添付書類が必要となることがあります。 詳細は、裏面の注意事項(4)をご確認ください。
------	--

※町記入欄

交付年月日：	備 考	
適用年月日：	から	代理権（添付 ・ 郵 ・ 窓）
有効期限：	まで	資産証明（添付 ・ 郵 ・ 窓）

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) 申請結果を本人以外に送付する場合、下記いずれかの書類（※）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。
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。
※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」の写し、下記の委任状など

＼ 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！

すべての対象者

☐ 通帳の写し

- ① 定期預金がある場合、写しを同封した。
- ② 写しの日付や残高が見切れていない。
- ③ 配偶者や同一世帯人がいる場合、配偶者や同一世帯人の通帳写しも同封した。

本人と異なる住所を送付先に設定する場合

☐ 注意事項（4）を確認し、必要書類を同封した。

ただし、以下の場合は、注意事項（4）の書類は不要です

- ・ 担当ケアマネジャー在籍事業所への送付
- ・ 前年と同じ家族の住所への送付
- ・ 本人と同一住所の家族への送付
- ・ すでに設定している「送付先」への送付
- ・ 入所施設への送付

委 任 状

次の場合は委任状を記入する必要はありません。

- ・ 被保険者の自宅や、入所する介護施設、担当ケアマネジャーに結果を送付する場合
- ・ 注意事項（4）の委任状以外の書類を準備した場合

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

住所：

委任者

氏名：

被保険者との
関係：

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	S O ・ O ・ O O								
住所	〒 649-3592 串本町サンゴ台〇〇番地				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） 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 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	
配偶者は、 世帯が別であっても記 入してください。 家族が居住していない宅 地は、「資産」とみなし ます。 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									
令和〇年 〇月 〇日 申請者 住所 串本町サンゴ台〇〇番地 (被保険者) 氏名 串本 太郎 電話番号 *** - **** - ****									

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： 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) ☐ 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 〒 649-**** 串本町〇〇番地 〇〇居宅支援事業所 気付
-----	--

添付書類	・ 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へ送付する場合は、添付書類が必要となることがあります。 詳細は、裏面の注意事項(4)をご確認ください。
------	---

※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) 申請結果を本人以外に送付する場合、下記いずれかの書類（※）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。
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。
※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」の写し、下記の委任状など

\ 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！

すべての対象者

□通帳の写し

- ① 定期預金がある場合、写しを同封した。
- ② 写しの日付や残高が見切れていない。
- ③ 配偶者や同一世帯人がいる場合、配偶者や同一世帯

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）を確認し、必要書類を同封した。

ただし、以下の場合は、注意事項（４）の書類は不要です

- ・担当ケアマネジャー在籍事業所への送付
- ・前年と同じ家族の住所への送付
- ・本人と同一住所の家族への送付
- ・すでに設定している「送付先」への送付
- ・入所施設への送付

注意事項（４）の添付書類の提出が
必要な場合で、被保険者の「介護
保険被保険者証」や「前年度の証
書」を添付できないときは、記入
してください。

委 任

次の場合は委任状を記入する必要はありません。

- ・被保険者の自宅や、入所する介護施設、担当ケアマネジャーへの送付
- ・注意事項（４）の委任状以外の書類を準備した場合

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**