社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

様式第４号（第５条関係）

（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 | |  | 被保険者番号 | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 那須塩原市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒  住所 | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| 申請者 |  | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
|  | 氏名 | | |  | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 氏名 | 生年月日 | 受給者との関係 | 生計中心者に○を  つけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

市町村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　月　日 | （生計中心者の所得状況等を把握） |
| 適用年月日 |  |
| 年　月　日  から |  |
| 有効期限 |  |
| 年　月　日  まで |  |

様式第５号（第５条関係）

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象に係る収入等確認書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | |  | | |
| 在宅施設の別 | | 在宅　　・　施設 | | |
| 世帯員 | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 軽減理由 | １　市町村民税非課税世帯に属する者であって、次の要件全てに該当し、生計の維持が困難なもの  □　① 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下の者  □　② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を  加算した額以下の者  □　③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない者  □　④ 負担能力のある親族等に扶養されていない者  □　⑤ 介護保険料を滞納していない者  ２　生活保護受給者・支援給付受給者 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認事項 | | 本人 | その他の世帯員 | 確認書類等 |
| 収入の区分 | 給与収入 | 円 | 円 |  |
| 農業等の事業収入  ※必要経費を控除した額 | 円 | 円 |  |
| 恩給、年金等の収入 | 円 | 円 |  |
| 仕送り、贈与等の収入 | 円 | 円 |  |
| その他の収入 | 円 | 円 |  |
| 収入計 | | 円 | 円 | 計　　　　　　 円 |
| 預貯金等の額 | | 円 | 円 | 計　　　　　　 円 |
| 資産の状況 | | あり　・　なし | |  |
| 親族等の扶養 | | あり　・　なし | |  |
| 軽減の適用 | | □可　　　・　　　□否 | | |

確認　　　　年　　月　　日　　確認者氏名

**【 記 入 例 】**

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

介護保険被保険者証で御確認ください。

様式第４号（第５条関係）

（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 | | **カイゴ　タロウ** | 被保険者番号 | | **１** | **２** | | **３** | | **４** | **５** | **６** | **７** |  |  |  |
| **介護　太郎** |
| 生年月日 | | **昭和１５年１０月１日** | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | **〒３２５－８５０１**  **那須塩原市共墾社１－１** | | | | | 電話番号**0287-62-7191** | | | | | | | | | |
| 備考 | | **特記事項があれば、記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 那須塩原市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前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。  申請日  **代筆の場合は、余白に代筆される方の氏名、続柄および連絡先を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **令和７**年　**８**月　**１**日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒**３２５－８５０１**  住所　**那須塩原市共墾社１－１** | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| 申請者 |  | | | 電話番号 | | | | | **0287-62-7191** | | | | | | | |
|  | 氏名　**介護　太郎　　代筆　介護　一郎(子)** | | |  | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 氏名 | 生年月日 | 受給者との関係 | 生計中心者に○を  つけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 | **介　護　太　郎** | **昭和15年10月1日** |  | **〇** |
| 世帯員 | **介　護　花　子** | **昭和20年12月1日** | **妻** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

市町村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　月　日 | （生計中心者の所得状況等を把握） |
| 適用年月日 |  |
| 年　月　日  から |  |
| 有効期限 |  |
| 年　月　日  まで |  |

**【 記 入 例 】**

様式第５号（第５条関係）

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象に係る収入等確認書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | **介護　太郎** | 生年月日 | **昭和１５**年**１０**月　**１**日（**８５**歳） |
| 住　　　所 | | **那須塩原市共墾社１－１** | | |
| 在宅施設の別 | | 在　　宅　　・　　施　　設 | | |
| 世　帯　員  申請日現在の世帯で記入してください。 | | **介護　花子** | 生年月日 | **昭和２０**年**１２**月　**１**日（**８０**歳） |
|  | 生年月日  軽減理由のすべての要件を確認の上、該当する方に丸を付けてください。 | 年　　月　　日（　　歳） |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 軽減理由 | １．市町村民税非課税世帯に属する者であって、次の要件全てに該当し、生計の維持が困難なもの  🗹①　年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下の者  🗹②　預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を  加算した額以下の者  🗹③　日常生活に供する資産以外に活用できる資産がない者  🗹④　負担能力のある親族等に扶養されていない者  🗹⑤　介護保険料を滞納していない者  ２．生活保護受給者・支援給付受給者 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確　認　事　項 | | 本人 | その他の世帯員 | 確認書類等 | |
| 収　入　の　区　分 | 給与収入 | **0**円 | **500,000**円 | |  |
| 農業等の事業収入  ※必要経費を控除した額  申請日現在の預貯金額を記入してください。預貯金通帳の次の内容を確認できるページの写しを必ず添付してください。  ・口座名義人と口座番号  ・令和6年1月1日～令和6年12月31日の入出金の記録  ・直近の預貯金額 | **0**円 | **200,000**円 | |  |
| 恩給、年金等の収入 | **1,000,000**円 | **0**円 | |  |
| 仕送り、贈与等の収入 | **240,000**円 | **0**円 | |  |
| その他の収入 | **0**円 | **0**円 | |  |
| 収　入　計 | | **1,240,000**円 | **700,000**円 | 計　**1,940,000**円 | |
| 預金等の額 | | **2,000,000**円 | **1,000,000**円 | 計　**3,000,000**円 | |
| 資産の状況 | | あ　り　・　な　し | |  | |
| 親族等の扶養 | | あ　り　・　な　し | |  | |
| 軽減の適用 | | □可　　　　・　　　　□否 | | | |

確認　　　　年　　月　　日　　確認者名

市記入欄

**収入等確認書（様式第５号）の記入時の注意事項**

**＜在宅施設の別＞**

・本人が現在、在宅か施設入所か、該当する方に○をつけます。

**＜収入の区分＞**

・収入については、**令和６年1月1日～令和６年１２月３１日まで**の申請者本人及び世帯員全員のものを記入してください。

【給与収入】会社の源泉徴収票等で確認し、給与収入額を記入してください。所得額（必要経費を控除した額）ではありません。

【農業等の事業収入】確定申告書等で確認し、営業や農業、不動産収入等の所得額（必要経費を控除した額）を記入してください（収入額ではありません）。

【恩給、年金等の収入】年金（恩給）の源泉徴収票や年金振込通知書等で確認し、収入額を記入してください。年金の種類が非課税年金（遺族年金、障害年金、寡婦年金等）の場合も、必ず受給額を確認してください。

【仕送り、贈与等の収入】別世帯の親族等から仕送りを受けている場合は、通帳等で確認し、記入してください。現金の場合は令和４年中に受け取った金額を記入してください。

【その他の収入】上記以外に収入がある場合は、記入してください。

※本人またはその家族が未申告の場合は、収入がなくてもその旨を申告してください。

**＜預金等の額＞**

・通帳等で確認し、申請日現在の預貯金等額を記入してください（必ず通帳の写しを添付してください）。

**＜資産の状況＞**

・自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産がある場合は「あり」、ない場合は「なし」に○をつけます。アパート等の賃貸住宅や土地を貸して、収入を得ている場合は活用できる資産があるとみなします。ただし、山林や農地は含みません。

**＜親族等の扶養＞**

・負担能力のある親族に扶養されている場合には「あり」、されていない場合には「なし」に○をつけます。

扶養されている場合とは、家族の社会保険（医療保険）の扶養に入っている場合や、親族等（住民税課税者）が確定申告において、本人を扶養控除対象者とした場合です。扶養されている場合、扶養している方の氏名・住所等を記入してください。

・住所地特例者については、同意書を添付してください。