

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減免措置)

記入の必要はありません。

フリガナ	ミネ タロウ			確認番号	
被保険者氏名	美祢 太郎			被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	明・大・ <b>昭</b> 〇〇年 〇月 〇日	性別	男・ <b>女</b>		
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 美祢市〇〇町〇〇 〇〇番地〇			電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
利用者負担額減免申請理由	生計が困難であるため。				
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい	
世帯構成	世帯主	美祢 太郎	S〇〇年〇月〇日	男	○
	世帯員	美祢 花子	S△△年△月△日	女	
<p>美祢市長様</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申請をします。</p> <p>なお、交付要件確認のため、私の世帯及び課税等の状況を調査することに同意します。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>住所 美祢市〇〇町〇〇 〇〇番地〇</p> <p>申請者 氏名 美祢 太郎 <b>美祢印</b></p> <p>電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇</p>					

被保険者(本人)の氏名・住所等を御記入の上、押印(認印可)してください。

市確認欄

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	市の確認欄ですので、記入の必要はありません。
年月日から	<input type="checkbox"/> 年間収入(単身世帯)が150万円(1人増ごと50万円加算)以下か。 <input type="checkbox"/> 預貯金等が(単身)350万円(1人増ごと100万円加算)以下か。 <input type="checkbox"/> 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないか。
有効期限	<input type="checkbox"/> 負担能力のある親族等に扶養されていないか。
年月日まで	<input type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していないか。

# 社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認収入等申告書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

美祢市長 様

被保険者 住所 山口県美祢市〇〇町〇〇番地〇  
氏名 美祢 太郎

私及び、世帯の収入状況及び現在保有している資産の状況は、下記のとおり相違ありません。

## 1. 世帯全員の年間収入(前年の1~12月分)

- ・保険料の天引きや各種の控除がなされる前の収入を記入してください
- ・収入の種類は右の一覧の中から該当する番号又は内容を記入してください

氏名	続柄	収入の種類	収入額	
美祢 太郎	本人	②	1,080,325	円
"	本人	⑦	200,000	円
"	本人	⑧ 農業収入	300,000	円
美祢 花子	妻	①	323,546	円
合計			1,903,871	円

**【収入の種類】**  
①老齢年金 ②障害年金 ③遺族年金  
④寡婦年金 ⑤給与収入 ⑥事業収入  
⑦仕送り(下の「2. 扶養状況」の欄で「あなたに仕送りをしている方」が「いる」場合に記入)  
⑧その他(左の「収入の種類欄」に具体的な内容を記入してください)

## 2. あなたの扶養状況

どちらか選択してください	「いる」の場合、その人(扶養者)について下の欄に記入してください		
	住所	氏名	住民税の状況
会社からあなたの扶養手当をもらっている人はいますか	いる <input checked="" type="radio"/> いない <input type="radio"/>		課税・非課税
税金の申告で、あなたを扶養にしている人はいますか	<input checked="" type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない	美祢市〇〇町〇〇番地〇〇	美祢 一郎 課税 <input checked="" type="radio"/> 非課税 <input type="radio"/>
あなたに仕送りをしている人はいますか	<input checked="" type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない	同上	同上 課税 <input checked="" type="radio"/> 非課税 <input type="radio"/>

あなたの健康保険(医療保険)の種類を選んでください  
1. 国保  2. 後期高齢者医療保険 3. 社保本人 4. 社保の被扶養者

## 3. 世帯全員の資産状況

どちらか選択してください	「有」の場合、下の欄を記入してください		
	所有者氏名	所在地(動産については内容)	処分できない理由
居住用以外の土地を持っていますか	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	美祢太郎 美祢市〇〇町〇〇番地	生計維持のための農地であるため
居住用以外の建物を持っていますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		
その他処分可能な動産を持っていますか	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		

## 4. 世帯全員の預貯金等の状況

- ・世帯全員の方の預貯金や有価証券等について全て記入してください

預貯金	金融機関名・支店名	口座種別	口座番号	口座名義	金額
	〇〇銀行〇〇支店	普通	1234567	美祢 太郎	105,236
"	定期	1234567	美祢 太郎	500,000	円
××信用金庫〇〇支店	普通	7654321	美祢 花子	52,356	円
合計					円

  

有価証券等 (株式、国・地方債、社債等)	取引先・内容等	評価概算額	
			円
		円	
合計		657,592	円

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請にあたっての注意点

### 【申請書・収入等申告書】

申請書と申請書裏面の収入等申告書にそれぞれ押印する箇所があります。  
忘れず押印してください。

### 【添付書類】

下記の書類を添付して申請してください。

#### ① 世帯全員の収入のわかる書類の写し

収入等申告書の「1. 世帯全員の収入」欄に記載したものについて、下記の書類を添付してください。

- ◆ 年金収入…年金額改定通知書又は年金振込通知書の写し
- ◆ 給与収入…給与明細書又は源泉徴収票の写し
- ◆ 事業収入、その他の収入…確定申告の写しなど収入額のわかるもの

#### ② 世帯全員の預金通帳の写し

収入等申告書の「4. 世帯全員の預貯金等の状況」のうち「預貯金」欄に記載したものについて、下記の2箇所をそれぞれコピーして添付してください。

1. 銀行名・支店名・名義の記載部分
2. 申請日から2か月前までの出入金の記載部分 最新まで記帳したもの  
(その間に出入金がない場合は最終残高の記載部分)

#### ③ 有価証券等があれば、その保有状況がわかるもの

収入等申告書の「4. 世帯全員の預貯金等の状況」のうち「有価証券等」欄に記載した  
ものについて、証券会社や銀行の口座残高の写しを添付してください。

#### ④ 御本人の健康保険証の写し

75歳未満の方は、健康保険証の写しを添付してください。