介護保険サービスに係る社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 　 |
| 住所　(電話番号　　　　　　　)(施設入所の場合施設名　　　　　　　　　　　　　　) |
| 利用(予定)事業所及びサービス種類 | 事業所名サービス種類 |
| 対象要件に関する状況 |
| 項目 | 申請者の状況 | 対象要件 |
| 1　市町村民税の課税状況 | ①世帯課税　　②世帯非課税 | 世帯非課税 |
| 2　収入の状況※申請日における世帯の状況 | 世帯構成員 | 氏名 | 収入の種類 | 年間収入額 | 年間収入単身世帯の場合150万円以下世帯員が1人増えるごとに50万円加算※収入には、非課税収入(遺族年金・障害年金等)や仕送り等も含む |
| (被保険者) | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 計　　　名 | 計　　　　　　　　円 |
| **※源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し、その他収入を証する書類を添付すること** |
| 3　預貯金等の額　(世帯全員) | 預貯金の額計　　　　　　　　　円有価証券の額計　　　　　　　　円合計　　　　　　　　　　　　　円**※預金通帳等の写しを添付すること** | 預貯金(有価証券含む)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であること(有価証券は公開された市場がある場合は申請日時点の市場価格、その他は額面で評価) |

様式第２号（第５条関係）裏面

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　項目 | 申請者の状況 | 対象要件 |
| 4　資産の状況(世帯全員) | 　日常生活以外に活用できる資産　①ない　　　　　　　　　　　②ある（具体的に記載　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 日常生活以外に活用できる資産がないこと |
| 5　扶養等の状況 | 市町村民税の控除対象者となっていないか　①いない　②いる（扶養者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　住所医療保険被扶養者となっていないか　①いない　②いる（扶養者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　住所　　　　　加入保険名 | 負担能力のある親族等に扶養されていないこと |
| 6　介護保険料の納付状況 | 　①滞納なし　　　　　②滞納あり | 介護保険料の滞納がないこと |
| ※記載上の注意　1　①②の項目については、どちらか選択、その他は必要事項を記載して下さい。　2　記載事項に漏れが無いようご注意下さい。また、添付書類が必要な場合は添付願います。不備がある場合、受付けることができないこともあります。　3　記載内容に虚偽や誤りがあった場合、刑罰の対象となったり、軽減された利用者負担金の返還となることもありますのでご注意下さい。　4　確認証の適用は、申請受付日の属する月の初日からとなります。 |

伊達市長

　　以上、記載内容については、事実と相違ないことを確認し、「介護保険サービスに係る社会福祉法人利用者負担軽減対象確認」について申請します。

なお、この審査のために必要がある場合は、私と世帯員及び私が扶養を受けている親族の所得課税状況等を調査することに同意します。

　　　　　　　年　　月　　日

住所

申請者 (被保険者)氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

(代理申請の場合　代理者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　続柄　　　　)

(扶養を受けている場合　扶養者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　続柄　　　　)

市記載欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 世帯 | 年収 | 扶養関係 | 扶養者課税 | 決定 |
| 年　月　日交付 | 課税非課税未申告 | 　 | 同居別世帯扶養なし | 課税非課税未申告 | 認定否認保留 |
| 適用年月日 |
| 年　月　日から | 経由法人 | 備考 | 軽減割合 |
| 有効期限 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月　日まで |