

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人による利用者負担の軽減措置)

様式1

フリガナ			保険者番号		0	1	4	6	1	3
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日			性別	男 ・ 女						
住所	〒 -		電話番号	-						
利用サービス	1 特別養護老人ホーム (入所者 ・ ショートステイ ・ デイサービス) 2 町社会福祉協議会の訪問介護									
利用者負担額 軽減申請理由										
	氏名	生年月日	性別	世帯中心者に○をつけてください						
世帯構成	世帯主									
	世帯員									
<p>中富良野町長 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。 また私の世帯の課税内容について、調査することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 電話番号 -</p> <p>印</p>										

町記入欄

交付年月日	年 月 日	備考
		(世帯の所得状況等を記入)
適用年月日	年 月 日	1. 市町村民税課税状況 ・課税世帯 ・非課税世帯
から	年 月 日	2. 所得・年金収入状況 円
有効期限	年 月 日	3. 利用者負担段階 第 段階
まで	年 月 日	4. 扶養の有無 負担能力のある親族に扶養されて ・いる ・いない
		5. 認定結果 ・該当 ・非該当
		6. 預貯金額確認(別紙のとおり) ・350万円以下 ・350万円以上

世帯状況確認書

1. 町民税非課税世帯で老齢福祉年金を受給している。
2. 町民税非課税世帯で利用者軽減されなければ生活保護世帯となってしまう。
3. 居宅サービスを利用している町民税非課税世帯に属する方で、本人の収入等が老齢基礎年金額を下回るもので 次の①～③にすべて該当する方。
 - ①預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1名増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
 - ②日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
 - ③負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
(市町村民税の控除対象者並びに医療保険の被保険者になっていないこと)
4. 介護老人福祉施設に入所している町民税非課税世帯に属する方で、本人の収入等が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で次の①～③にすべて該当する方。
 - ①預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1名増えるごとに100万円を加算した額以下であること。
 - ②日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。
 - ③負担能力のある親族等に扶養されていないこと。
(市町村民税の控除対象者並びに医療保険の被保険者になっていないこと)

上記の(1 2 3 4) に該当するので、社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認を申請します。

年 月 日

住所

氏名

印