

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制度)

フリガナ		被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日		年 月 日		性別		男 ・ 女	
住所		〒 電話番号					
利用者負担軽減申請理由		1 生計が困難である 2 生活保護受給者又は支援給付を受けている特定中国残留邦人等である (収入等申告欄の記入は不要です。) 3 その他( )					
収入等申告(年額)	氏名	被保険者氏名	世帯員氏名 生年月日	世帯員氏名 生年月日	世帯員氏名 生年月日		
	収入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	年金収入 ※非課税年金収入を含む	収入額	収入額	収入額	収入額	収入額	
		収入額	収入額	収入額	収入額	収入額	
	恩給収入						
	給与収入						
	事業収入等						
	仕送り等	仕送りした人の氏名	仕送りした人の氏名	仕送りした人の氏名	仕送りした人の氏名	仕送りした人の氏名	
		収入額	収入額	収入額	収入額	収入額	
	その他 各種保険金 利子・配当金等						
	収入合計						
	預貯金等						
預貯金等合計							
居住の用に供する家屋等日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		
負担能力のある親族等による扶養(税法上の扶養親族)	有 ・ 無	左記「有」の場合、扶養者の氏名					
負担能力のある親族等による扶養(医療保険の被保険者)	有 ・ 無	左記「有」の場合、扶養者の氏名					
(宛先) 下関市長 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。 また、社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象要件確認のため、私の世帯及び親族等の課税、扶養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 住所 代理申請者 氏名 電話番号 (続柄: )							

(裏面)

※下関市記入欄

要介護認定	要介護・要支援・事業対象者・未	介護保険料滞納の有無	有・無	
生活保護受給状況	有・無・申請中	実質的負担軽減者	該当・非該当	
課税状況	有・無	負担限度額	該当・非該当	
収入状況	世帯年収	円	申請結果	該当・非該当
	預貯金等	円	減額割合	25・50・100/100
基準以下・基準超		備考	・2段階特養など利用者負担除外 ・実質的負担軽減者 ユニット型個室居住費のみ ・生活保護受給者 居住費のみ ・上記以外	
活用資産の有無	有・無			
被扶養の有無	有・無			
提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送	写 身 真 元 無 付 確 は 認 2 1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード	
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	
起案	年 月 日		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	
決裁	年 月 日		<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証	
交付年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療保険者証	
有効期限	年 月 日～ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他( )	