

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号					
生年月日		明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
住所		〒 ー 電話番号					
利用者負担額 軽減申請理由		裏面の利用者負担額軽減対象であるため。					
		氏名	生年月日	年間収入額	預貯金等額	資産の有無	扶養の有無
世帯 構成	世帯主						
	世帯員						
<p>松川町長 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申請をします。 なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、収入額、資産（預貯金・不動産等）及び扶養の有無等を担当職員が確認することに同意します。 また、介護サービス計画等を作成するために、特に必要があると認められるときは、認定結果を松川町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 申請者 (被保険者) 氏名</p> <p>電話番号</p>							

市（町村）記入欄

交付年月日	認定の可否	認定 ・ 認定外
年 月 日	区 分	内 容
	1. 市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税
適用年月日	2. 年金等年間収入額	円
年 月 日	3. 預貯金等額	円
から	4. 不動産等活用	有 ・ 無
有効期限	5. 扶養関係	有 ・ 無
年 月 日	6. 介護保険料滞納	有 ・ 無
まで	7. 老齢福祉年金の受給	有 ・ 無

裏面の「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象チェック表」の記入もお願いします。

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象チェック表

認定要件(生活保護受給者以外)

1. 町県民税課税について	本人及び世帯全員が町県民税非課税である。	はい	いいえ
2. 世帯の収入について	前年(1月～12月)の収入(年金※や仕送りも含む)が、 単身世帯で 150 万円以下である。 (世帯員が1人増えるごとに 50 万円加算) ※非課税年金を含む 下記イの金額より、アの金額の方が少ない。	はい	いいえ
	ア 世帯全員の前年収入額 円		
	イ 150 万円 + (50 万円 × 人) = 円		
3. 預貯金等について	預貯金等(有価証券・債権・現金等も含む)の額が、 単身世帯で 350 万円以下である。 (世帯員が1人増えるごとに 100 万円を加算) 下記エの金額より、ウの金額の方が少ない。	はい	いいえ
	ウ 世帯全員の預貯金等の総額 円		
	エ 350 万円 + (100 万円 × 人) = 円		
4. 不動産について	世帯が生活するための不動産(土地・建物)の他に活用できる不動産を持っていない	はい	いいえ
5. 扶養について	負担能力のある親族等に扶養されていない(以下、すべてを回答してください)	はい	いいえ
	①町県民税の控除対象者になっていない (はい・いいえ)	①～③ すべて 該当する 場合	
	②医療保険の被扶養者になっていない (はい・いいえ)		
	③その他実質的に扶養を受けていない (はい・いいえ)		
6. 介護保険料について	介護保険料を滞納していない	はい	いいえ

*すべてに該当した方は、世帯員全員の預貯金等の写しを添付してください。

*生活保護受給者の方は生活保護受給証明書の写しを添付の上、申請書を提出してください。