

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

八幡市長様

年 月 日

申請者住所	電話 ー	フリガナ	
		申請者氏名	

八幡市社会福祉法人等介護保険利用者負担額軽減助成金交付要綱の規定により利用者負担軽減対象確認を申請します。

フリガナ		介護保険被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号(マイナンバー)	

利用している指定居宅サービス事業者又は指定介護老人福祉施設

* 収入等申告書及び収入等を確認できる資料を必ず添付してください。

下欄は記入しないでください。

起案	年 月 日	課長	課長補佐	係長	課内
決定	年 月 日				
承認する ・ 承認しない		減額割合 1/4 ・ 1/2 ・ 個室居住費(生活保護)			
承認又は 不承認の 理由	承認 <input type="checkbox"/> 承認に必要な要件を満たすため				
	不承認 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯に属しているため		<input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納があるため		
	<input type="checkbox"/> 旧措置入所者で負担割合が5%以下のため		<input type="checkbox"/> 預貯金等が基準額を超えるため		
	<input type="checkbox"/> 年間収入が基準額を超えるため		<input type="checkbox"/> 負担能力のある家族に扶養されているため		
適用期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		

収入等申告書

該当する□にはVをご記入ください。

- | | | |
|--------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 介護保険料の滞納が | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 2 旧措置入所者減免を | <input type="checkbox"/> 受けている | <input type="checkbox"/> 受けていない |
| 3 世帯分離した配偶者が | <input type="checkbox"/> いる | <input type="checkbox"/> いない |
| 4 世帯分離した配偶者は | <input type="checkbox"/> 市民税を課税されている | <input type="checkbox"/> 市民税を課税されていない |

5 世帯の預貯金・現金等の状況 世帯を別にしてしている配偶者の預貯金も含めて記入してください。

預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預貯金額	その他現金 有価証券等	<input type="checkbox"/> 有	種類	金額（価額）
	<input type="checkbox"/> 無	円		<input type="checkbox"/> 無		
	円					

6 住居用以外の土地・家屋、その他利用し得る資産の有無

- 有 無

7 被保険者の被扶養状況

(1) 他の世帯に属する方の所得税又は市町村民税の扶養控除において、

- 扶養親族となっている。 (扶養義務者氏名： _____)
- 扶養親族となっていない。

(2) 他の世帯に属する方が被保険者となっている健康保険などの医療保険において、

- 被扶養者となっている。
- 被扶養者となっていない。

8 必要書類

世帯全員の預貯金の通帳等の写しを添付してください。(世帯を別にしてしている配偶者がいる場合はその方の通帳等も含みます)

この申告の事務処理のために、八幡市が私に係る課税状況等の情報を利用することに同意します。また、事実と異なることが判明した場合は、確認を取り消されても異議ありません。										
申請者署名 _____										
被保険者氏名		被保険者番号								
世帯員氏名		被保険者番号								
世帯員氏名		被保険者番号								
世帯員氏名		被保険者番号								