様式第1号(第7条関係)

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制度)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | 　 | 確認番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 利用サービス | 1　特別養護老人ホーム(旧措置入所者への該当　　該当・非該当)2　在宅サービス又は地域密着型サービス |
| 利用者負担額減免申請理由 | 　 |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○を付けてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 世帯員 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　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。　申請に係る決定のために必要な場合、私の世帯の世帯主及び世帯員の市町村民税課税状況、収入、資産及び扶養の有無等について確認することに同意します。　　　　　　年　　月　　日　　南あわじ市長　様住所申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　電話番号 |

　※添付していただく書類

　収入・資産申告書(この様式の別紙)及び世帯全員の預金通帳、定期預金通帳等の写し

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　月　　日 | (世帯の所得状況等を把握) |
| 適用年月日 |
| 　　年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 　　年　　月　　日まで |

様式第1号の別紙

収入・資産申告書

年　　月　　日

　南あわじ市長　様

住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　1　【収入】(収入のあった方全員について記載してください。)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 氏名 | 被保険者との続柄 | 収入の種類 | 収入額(年間の金額) | 保険者記入欄 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 合計 | 円 | 　 |

　2　【世帯の扶養】いずれかに○印をいれてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯の扶養について | ・扶養されている　　・扶養されていない |

　　　※扶養されている場合の扶養者

|  |  |
| --- | --- |
| 扶養されている場合の扶養者及び続柄 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄 |

　3　【活用できる資産の有無】(該当する方に○を入れてください。)

　　　　1　資産有り　　　　2　資産無し

　(記入上の注意)

　・この欄に記載いただく収入はすべて前年1～12月分の収入です。(1～7月中の申請については、前々年1～12月分の収入となります。)

　・「収入の種類」とは、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等をいいます。

　・必要経費や各種の控除がなされる前の収入をご記入ください。

　・年金の場合には、証書ごとにご記入ください。(例：老齢基礎年金○○円、遺族厚生年金○○円　等)

　【保険者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯員数 | 人 |
| 世帯の基準収入額 | 円 |
| 世帯総収入 | 円 |
| 世帯の収入判定 | 基準額超過・基準額以下 |
| 世帯の基準預貯金等の金額 | 円 |
| 世帯の預貯金等の金額 | 円 |
| 世帯の預貯金等の金額判定 | 基準額超過・基準額以下 |
| 活用できる資産の保有 | 有　・　無 |
| 世帯の扶養状況 | されている・されていない |
| 介護保険料の滞納状況 | 有　・　無 |