

# 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度)

フリガナ			保険者番号	302067		
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	大・昭・平	年 月 日生	性別	男 ・ 女		
住所	〒		電話番号			
利用者負担額 軽減申請理由						
世帯構成 <small>※生計中心者に○をつけて下さい。</small>	氏 名	生 年 月 日	性別	被保険者番号		
				個人番号		
世帯主		大・昭・平・令 年 月 日生	男 ・ 女	/		
世帯員		大・昭・平・令 年 月 日生	男 ・ 女	/		
		大・昭・平・令 年 月 日生	男 ・ 女	/		
		大・昭・平・令 年 月 日生	男 ・ 女	/		
		大・昭・平・令 年 月 日生	男 ・ 女	/		
<p>田辺市長 宛</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申請をします。 本申請の認定にあたり必要があるときには、各機関に必要な情報の照会を行なうことに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>						

田辺市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	承認 ・ 却下  (確認番号)  (減額割合)  1/2 ・ 1/4	確 認 事 項		
適用年月日		・ 市民税世帯非課税	該当 ・ 非該当	
年 月 日 から		・ 滞納介護保険料	有 ・ 無	
有効期限		・ 高齢福祉年金受給者	該当 ・ 非該当	
年 月 日 まで		・ 被保護者	該当 ・ 非該当	
		・ 旧措置入所者	該当 ・ 非該当	
		(実質的軽減者)	該当 ・ 非該当	
		(ユニット型個室)	該当 ・ 非該当	
		・ その他		

※この申請により取得した個人情報は、田辺市個人情報保護条例に基づき、適切に取り扱います。

# 収入等申告書

(宛て先) 田辺市長

下記のとおり、社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減の申請にあたり、私の世帯全員の収入等を申告します。

## 1. 世帯全員の収入状況

収入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の場合は下記に記入してください。
-------	-------------------------------------------------------	--------------------

氏名	収入の種類	収入年額
	給与・年金・その他 ( )	円
	給与・年金・その他 ( )	円
	給与・年金・その他 ( )	円
	給与・年金・その他 ( )	円

※ 年金が振り込まれている預貯金通帳や年金支払通知書・恩給支払通知書・源泉徴収票・確定申告書等の写しを添付してください。

## 4. 世帯全員の資産状況

- 自分が住んでいる住居・土地を所有している。  住居・土地を所有していない。(借家等)  
 自分が住んでいる住居・土地以外に資産を所有している。

↓ ※上記に該当の場合、世帯全員について、自分が住んでいる住居・土地以外について記入してください。

名義	種類	面積	所在地
	住居・土地・その他		
	住居・土地・その他		
	住居・土地・その他		
	住居・土地・その他		
	住居・土地・その他		

## 2. 世帯全員の預貯金等の状況

預貯金等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の場合は下記に記入してください。
---------	-------------------------------------------------------	--------------------

名義	預貯金の種類	預貯金等金額
	預貯金・有価証券・債権 その他 ( )	円
	預貯金・有価証券・債権 その他 ( )	円
	預貯金・有価証券・債権 その他 ( )	円
	預貯金・有価証券・債権 その他 ( )	円

※ 預貯金通帳・有価証券・債権等の写しを添付してください。預貯金通帳の写しについては、前年1月1日から直近の出し入れが確認できるものを添付してください。

## 5. 生計困難である理由

- 収入が低額であるため  活用できる資産を所有していないため  
 預貯金等が低額であるため  負担能力のある親族等がいなく、扶養を受けることができないため。

※その他特別な事情がある場合は、下記に記入してください。

(具体的に記入して下さい。)

## 3. 申請者の被扶養状況

- 親族等の所得税・市民税の扶養控除において、扶養親族となっている。  
 親族等の健康保険において、被扶養者となっている。  
 親族等から扶養を受けていない。

※ 加入している健康保険証の写しを添付してください。

本申告に虚偽があった場合は、「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度」の資格を取り消されても異議はありません。その場合は軽減を受けた費用は全額返還します。

なお、「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度」を申請するにあたり、私及び世帯員全員の収入状況、預貯金等状況、資産状況、扶養状況に関する情報等について、田辺市が官公署に調査を委託し、又は銀行、信託会社その他関係機関に報告を求めることを同意します。

令和 年 月 日

申請者

住所

氏名