

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書【記入例】
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

〇 年 〇〇 月 〇〇 日

東三河広域連合長 様

以下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。
なお、利用者負担額の減額のために必要がある場合は、私及び私の世帯員の市町村民税に関する課税情報、公的扶助の受給の有無、扶養親族の有無及び介護保険料の納付状況等の資料の確認及び調査することについて同意します。

申請者 (被保険者)	氏 名	広 域 太 郎		被保険者 番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9									
	住 所	〒440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地 電話番号: 0532 - 26 - 8469												
	生年月日	明・大 昭 20 年 4 月 1 日生												
利用(予定) サービス		① 訪問介護 ② 通所介護 3 短期入所生活介護 4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5 夜間対応型訪問介護 6 地域密着型通所介護 7 認知症対応型通所介護 8 小規模多機能型居宅介護 9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 10 複合型サービス 11 介護福祉施設サービス 12 介護予防短期入所生活介護 13 介護予防認知症対応型通所介護 14 介護予防小規模多機能型居宅介護 15 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。) 16 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業(自己負担割合が保険給付と同様のものに限る。)												
利用者負担額 軽減申請理由		① 低所得で生計が困難であるため 2.生活保護受給者 3.老齢福祉年金受給者 4. その他()												
		氏 名			生年月日			生計中心者に○をつけてください						
世帯 構成	世帯主	広域 太郎			昭和20年4月1日			○						
	世帯員	広域 花子			昭和22年4月2日									

申請書 提出者 (被保険者本人の 場合は記載不要)	住 所: 〇〇居宅介護支援事業所 (事業者の場合は事業者名)
	氏 名: 八 町 連 子
	続 柄: 担当ケアマネジャー
	電話番号: 0532 - 26 - 8468

[東三河広域連合(市町村窓口)記入欄]

- ・生活保護受給者以外の方は、以下の項目で対象確認を行ってください。
- ・以下の項目において、ひとつでも「非該当」があれば負担軽減の対象ではありません。

No.	対象確認チェック項目	いずれかに○をつけてください	
1	課税世帯でないこと	該当	非該当
2	年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下である	該当	非該当
3	預貯金等の額が単身世帯で350万円以下、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下である	該当	非該当
4	日常生活に供する資産以外の資産を所有していない	該当	非該当
5	負担能力のある親族等に扶養(税・健康保険等)されていない	該当	非該当
6	介護保険料の滞納がないこと	該当	非該当

軽 減 割 合	1/4 ・ 全額(生保) ・ 1/2 (老齢福祉年金) ・ 却下
---------	----------------------------------