

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

フリガナ										
被保険者名	被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女		
住所	〒 - 電話番号 () -									
利用者負担額軽減申請理由	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> その他(低収入のため) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他(生活扶助基準見直しに伴う特例措置対象者)									
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> (予防)訪問介護 <input type="checkbox"/> (予防)通所介護 <input type="checkbox"/> (予防)短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> (予防)認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (予防)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設サービス <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 第一通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業									
入所施設及び利用事業所名	入所施設名 _____ 利用事業所名 _____									

三沢市長 様

上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象の申請をします。
なお、この度の申請に伴い、必要な場合は本人及びその属する世帯等の課税状況等を調査されることに同意します。

令和 年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

<対象者の要件> 裏面をご覧ください

<添付書類> ※生活保護受給者に該当する場合は、添付書類は必要ありません。

- 扶養関係・・・健康保険被保険者証
- 年金収入・・・振込通知書、振り込まれている通帳(金額記載のもの)、その他収入のわかるもの
- 給与収入等・・・源泉徴収票、給与明細、その他収入のわかるもの
※三沢市に申告をしている場合は不要です
- 預貯金等・・・世帯全員の預貯金通帳(有価証券等と含みます)
- 仕送り等・・・仕送り額のわかるもの(振り込まれている通帳等)、負担してもらっている介護サービスの領収書 その他

申請の際は「軽減対象要件確認調書」を添えることとする

【 社会福祉法人等利用者負担軽減制度 】

○対象者の要件

- ・ 次の①～⑥の要件全てを満たすかたのうち、そのかたの収入や世帯状況、利用料負担等を総合的に勘案し、生計が困難であるとして、市町村が認めたかた
 - ① 市民税非課税世帯のかた(生計を同一にするかた全員が非課税であること)
 - ② 前年の年間収入額が単身世帯で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こと。※収入には遺族・障害年金、恩給、仕送り等も含まれます
 - ③ 預貯金等の額が単身世帯で350万円、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こと。※定期預金等も含まれます
 - ④ 日常生活のために必要な資産以外に活用できる資産がないこと
 - ⑤ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
 - ⑥ 介護保険料を滞納していないこと

旧措置入所者のうち、利用者負担割合が5%以下のかたの場合、上記要件を満たしかつ、ユニット型個室に入所しているかたが対象となります。

※生活保護受給者については、上記要件に関係なく、個室入所のかたが対象となります。

○対象サービス

訪問看護／通所介護／(介護予防)短期入所生活介護(※)／夜間対応型訪問介護／

地域密着型通所介護／(介護予防)認知症対応型通所介護／

(介護予防)小規模多機能型居宅介護／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(※)／看護小規模多機能型居宅介護／

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。)

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。)

- ・ 日常生活に要する費用については、食費及び居住費(滞在費)及び宿泊費に限る
- ・ 生活保護受給者については、(※)のサービスを利用した場合の個室の居住費(滞在費)に限る

○減額割合

- ・ (低所得)利用者負担 1/4 [高齢福祉年金受給者は1/2]
- ・ 生活保護受給者 全額
- ・ 生活扶助見直しに伴う特例措置対象者 低所得者と同様 ※ただし居住費のみ全額

<問合せ先>

三沢市福祉部介護福祉課

電話 0176-51-8773

(市役所内線382)

軽減対象要件確認調書(1)

1. 介護保険料収納状況

○ 被保険者本人の介護保険料滞納の有無(分納制約中のかたは履行の有無)

被保険者氏名	介護保険料滞納の有無
	有 ・ 無

2. 扶養状況

○ 世帯構成について

	氏名	生年月日	市町村民税課税の有無
世帯主		年 月 日	有 ・ 無
世帯員		年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無
		年 月 日	有 ・ 無

○ 世帯構成について

被保険者本人が市町村民税課税者の扶養控除の対象に(1. なっています。 2. なっていません)

扶養しているかたの氏名	続柄	扶養しているかたの生年月日
扶養しているかたの住所(世帯が分かれている場合に記入)	扶養しているかたの市町村民税課税状況	
	課税 ・ 非課税	

○ 医療保険について

加入している医療保険の被保険者証を添付してください。

加入している医療保険の種類	医療保険の名義人氏名	医療保険の名義人住所 (世帯が分かれている場合に記入)

軽減対象要件確認調書(2)

3. 収入状況

被保険者及び世帯員に収入のある人が (1. います。 2. いません。)

○ 年金収入について

年金収入のある方の氏名				
年金の種類				
年間の受給金額				
	円	円	円	円

※添付書類 年金の振込通知書他のコピー

○ 給与収入について

収入のあるかたの氏名				
前年の収入金額				
	円	円	円	円

※添付書類 源泉徴収票、給与明細、その他

○ 上記以外(事業等)の収入について

収入のあるかたの氏名				
前年の収入金額				
	円	円	円	円

※添付書類 申告書の写し、その他

○ 仕送り額について

仕送り額等が一定額の場合	1ヶ月 _____ 円 × 12ヶ月 = _____ 円					
	1月	2月	3月	4月	5月	6月
仕送り額等が一定でない場合	円	円	円	円	円	円
	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	円	円	円	円	円	円
	仕送り等の合計 _____ 円					
仕送りをしているかたの氏名	続柄	備考				
仕送りをしているかたの住所				市町村民税の有無		
				有 ・ 無		

※添付書類

仕送り額等の確認ができるもの
例) 振り込まれている通帳のコピー
負担してもらっている介護サービスの領収書

軽減対象要件確認調書(3)

4. 資産等の保有状況

○ 預貯金及び資産等について

預貯金及び資産等を所有して (1. います。 2. いません)

預貯金	銀行・支店名	預貯金残高	口座名義人	銀行・支店名	預貯金残高	口座名義人
			円			円
		円			円	
有価証券	種類	種類	種類	種類	種類	種類
不動産	種類	所有者氏名		所在地		面積又は評価額
	土地					
	家屋					

※添付書類 世帯全員分の預貯金通帳、有価証券等のコピー