

様式第2号（第7条関係）

（表）

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額の軽減制度）

フリガナ		確認番号	0000						
被保険者氏名		被保険者番号	0000						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号							
住所	〒520- 滋賀県高島市								
申請理由	経済的負担の軽減のため								
	氏名	生年月日	個人番号						
世帯員 （被保険者 本人以外）	(1)	年 月 日							
	(2)	年 月 日							
	(3)	年 月 日							
	(4)	年 月 日							
<p>高島市長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減の確認を申請します。また、サービス提供事業所または居宅介護支援事業所から利用者負担額の算定のため照会があった場合、軽減対象者に該当するか否かを市が回答することに同意します。</p> <p>令和_____年_____月_____日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p>（被保険者との続柄 _____）</p>									

*裏面に被保険者本人およびその属する世帯全員に係る収入状況を記入（申告）してください。収入については、障害年金および遺族年金等の市町村民税の課税対象とならない年金も含めて詳細に記入（申告）してください。

※市記入欄

交付年月日	世帯課税	課税 ・ 非課税
年 月 日	年間収入	円（*① 万円）
適用開始年月日	預貯金等	円（*② 万円）
年 月 日	資産所有	有 ・ 無
有効期限	扶養者	有（課税 ・ 非課税） ・ 無
年 月 日	保険料滞納	有 ・ 無

*① 150万円+ 50万円×（被保険者本人を除く世帯員の数）

*② 350万円+100万円×（被保険者本人を除く世帯員の数）

(裏)

世帯の収入状況等申告書

令和_____年_____月_____日

高島市長

申告者氏名 _____

(被保険者との続柄 _____)

表面の申請に係る世帯の収入状況等について、下記のとおり申告します。

また、軽減対象者に該当するか否かを確認するため、被保険者およびその世帯員の下記内容について市が調査することに同意します。

記

*該当するものに☑印を付け、必要に応じて金額等を記入してください。

1 _____年中の収入

(障害年金および遺族年金等の非課税年金ならびに恩給、仕送り等を含みます。)

(1) 被保険者本人の年間収入合計金額

- 老齢年金 _____円
- 障害年金 _____円
- 遺族年金 _____円
- その他 (_____) _____円

(2) 世帯全員の年間収入合計金額

- 150万円以下 200万円以下 250万円以下
- 300万円以下 350万円以下 400万円以下
- その他 (_____円)

2 世帯全員の預貯金等の額*

- 350万円以下 450万円以下 550万円以下
- 650万円以下 750万円以下 850万円以下
- その他 (_____円)

3 居住用の家屋および日常生活に必要な資産以外に活用し得る資産を所有していますか。

- 所有している。 [宅地・田畑・山林・その他 (_____)]
- 所有していない。

4 負担能力のある親族等に扶養されていますか。

- 扶養されている。 [扶養者の氏名 (_____)]
- 扶養されていない。

*預貯金等の額が分かる書類(通帳、証書等)の写しを添付してください。