

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ		確認番号										
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	1. 老齢福祉年金受給者 2. その他(低収入のため) 3. 生活保護受給者 4. その他(生活扶助基準見直しに伴う特例措置対象者)											
現在利用している介護サービス	訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、 夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、 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、 介護福祉施設サービス、介護予防短期入所生活介護、 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 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。)											
入居施設及び 利用事業者名	入居施設名 _____ 利用事業所名 _____、_____ _____											

あて先 八戸市長

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額軽減の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。

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。

- ### ○ 扶養關係

健康保險被保險者証

- 年金収入

公的年金等の源泉徴収票 振込通知書 振込まれている通帳(金額記載のもの) その他収入がわかるもの

- 給与収入等 (八戸市に申告をしている場合は不要です)

源泉徴収票 給与明細 その他収入がわかるもの

- 預貯金等

世帯全員の預貯金通帳 (有価証券等を含みます)

- 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

【 社会福祉法人等利用者負担軽減制度 】

○対象者の要件

- ・ 市町村民税世帯非課税者であって、次の要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、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、市町村が認めた方
 - ① 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こと
 - ② 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
 - ③ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
 - ④ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
 - ⑤ 介護保険料を滞納していないこと
- ・ 生活保護受給者(23年4月1日から)

○対象サービス

訪問介護／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／介護福祉施設サービス(※)／

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

・利用者負担 1／4 (老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

八戸市健康部介護保険課

電話 0178 (43) 9285 (直通)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(軽減対象要件確認調書)

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(分納誓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		明・大・昭・平 年 月 日	有 ・ 無
世 帯 員		明・大・昭・平 年 月 日	有 ・ 無
		明・大・昭・平 年 月 日	有 ・ 無
		明・大・昭・平 年 月 日	有 ・ 無
		明・大・昭・平 年 月 日	有 ・ 無

○ 扶養状況について

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)

※添付書類 健康保険被保険者証のコピー

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 (軽減対象要件確認調書)

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(遺族年金、障害年金等の非課税年金も含みます)

収入のあるかたの氏名			
年金の種類			
前年の受給金額	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

※添付書類 源泉徴収票、給与明細、その他

○ 上記以外の収入について

収入のあるかたの氏名			
前年の収入金額	円	円	円

※添付書類 申告書の写し、その他

○ 仕送り額について

仕送りを受けて (1. います。 2. いません。)

仕送り額等が一定額の場合	1ヶ月 _____ 円 × 12ヶ月 = _____ 円					
仕送り額等が一定でない場合	1月	2月	3月	4月	5月	6月
	円	円	円	円	円	円
	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	円	円	円	円	円	円
仕送り等の合計金額 _____ 円						
仕送りをしているかたの氏名	続柄					
仕送りをしているかたの住所(世帯が別の場合のみ記入)				市町村民課税の有無		
				有・無		

※添付書類 仕送り額等の確認できるもの
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等

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(軽減対象要件確認調書)

4. 資産等の保有状況

○ 預貯金及び資産等について（不動産については、日常生活のために必要なもの以外に利用できるもの）
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	額面	所有者氏名	種類	額面	所有者氏名
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