様式第２号の１（第５条関係）

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
|  |
| 生年月日 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 利用者負担額軽減申請要件 | １　市町民税世帯非課税者であること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こと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４　世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと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 |
| 世帯構成 | 氏　　　名 | 生年月日 | 性　別 | 備考（続柄） |
| 本人 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| もとす広域連合長　様上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減の対象者であることの確認を申請します。なお、申請要件の確認調査を関係当局に対して求めることに同意します。　　年　　月　　日住所申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※収入等申請書を添付すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 【保険者記入欄】 | 決　　裁　　欄 |
| 処理内容 | 処　理　年　月　日 | 局　　長 | 課　　長 | 課長補佐 | 係　　員 |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 |  |  |  |  |
| 適用年月日 | 年　　月　　日 |
| 有効期限 | 年　　月　　日 |
| 備　　　考 |  |