

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

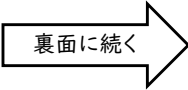
被保険者 （申請者）	個人番号		被保険者番号										
	フリガナ		0	0	0	0							
	氏名												
	生年月日	年 月 日	電話番号										
	住所	〒 ー											
減免申請事由	1: 市民税世帯非課税者 2: 生活保護受給者 3: 老齢福祉年金受給者（明治44年以前生）												
提出者	氏名		続柄										
	住所	〒 ー		電話番号									

◆下記と裏面にあなたの世帯の収入・預貯金・資産・生活状況を必ず記入ください。
（生活保護受給者につきましては、記入不要です。）

【収入・預貯金等】…収入金額や預貯金等の金額がわかる書類を世帯全員分添付下さい。

申請者を含めた世帯全員の収入・預貯金等の状況について記入してください。この欄に記載する収入は全て前年1～12月分の収入です（1～7月中の申請については、前々年1～12月分の収入となります）。
必要経費や各種控除額控除前の収入を記入ください。

申請者との続柄	氏名	収入の有無	収入の種類 （該当するものに全て○をつける）	収入額 （年間の金額）	預貯金等の有無	預貯金等の金額 （申請月現在）
本人		有 無	年金・給与・給付金・仕送り ・その他()		有 無	
		有 無	年金・給与・給付金・仕送り ・その他()		有 無	
		有 無	年金・給与・給付金・仕送り ・その他()		有 無	
			合計		合計	



<職員記入欄>

世帯員数		世帯	課税・非課税・生保	判定結果	該当　・　非該当
基準収入額		収入判定	基準額以下・超過	(理由)	
基準預金額		預貯金額	基準額以下・超過		
滞納の有無	有　・　無	居住用以外の資産所有	有　・　無		
負担限度額認定	有　・　無	扶養の有無	有　・　無		

【資産】

- 申請者を含め世帯全員の資産について記入してください。
- ・評価概算額については、現在売却した場合のおおよその金額を記入ください。
 - ・居住用以外の土地・家屋を所有する場合には、「所在地・用途」欄に「〇〇市〇〇町（駐車場）」等と記入ください。また、処分できない理由を記入ください。
 - ・書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付ください。

現金	世帯合計				円	
有価証券	有・無	種類		額面	評価概算額	
	有・無			円	円	
				円	円	
				円	円	
不動産	有・無	種別		所有者氏名	所在地・用途	処分できない理由
	有・無	土地	居住用			
			その他			
	有・無	家屋	居住用			
			その他			

【生活状況】・・・該当するものに○をつけてください。

①申請者の生活費や介護サービスにかかる利用者負担額を申請者の収入で賄えない場合はどのように賄われていますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

預貯金等の蓄え ・ 親族等の仕送りや援助等 ・ 同居家族（氏名： ）の収入
・ その他（ ）

② ①で親族等の仕送りや援助等に○をつけられた場合、仕送り・援助等をしている方について記入してください。

氏名（ ） 続柄（ ）
住所（ ）
仕送り・援助の内容（ ）
仕送り・援助をしている方の市民税課税状況 （ 課税 ・ 非課税 ）

③税の申告において、申請者を扶養にとっている親族はいますか。（ いる ・ いない ）

いる場合：氏名（ ） 続柄（ ）
住所（ ）
市民税課税状況（ 課税 ・ 非課税 ）

④介護保険料を滞納していますか。（ いる ・ いない ）

川西市長 あて

上記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、必要書類を添えて申請します。また、私の収入金額等の申告内容が事実であることを確認し、川西市社会福祉法人利用者負担軽減制度実施要綱に規定する対象者要件に該当することを誓約します。

この確認審査にあたり、必要な情報を税務部局その他の関係機関が保有する資料等により確認されることが及び当該申請に係る認定結果について、居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所・介護保険施設及び市福祉部関係機関に対して、介護保険課より情報提供されることに同意します。

申告内容が事実と異なり、要件に当てはまらないことが判明した場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議はありません。

年 月 日 被保険者名

（代筆の場合）被保険者の意思に基づき _____ が代筆しています。