

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書

（社会福祉法人による利用者負担の軽減措置）

被保険者氏名	フリガナ	確認番号					
		被保険者番号	0	0	0	0	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女				
住所	〒 _____ 電話番号 _____						
利用サービス	1 特別養護老人ホーム (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む)		<input type="checkbox"/> 多床室	<input type="checkbox"/> 従来型個室			
			<input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室	<input type="checkbox"/> ユニット型個室			
	2 在宅サービス（事業所名…） （利用サービス…）		旧措置入所者への該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
軽減申請理由							
世帯構成	世帯主	氏名	年齢	続柄	職業等	勤務先	生計中心者に○をつけてください
	世帯員						
富良野市長様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減の確認を申請します。 なお、私及び世帯員の所得及び課税状況等に係る調査に同意します。 年 月 日 住 所 _____ 申請者 （被保険者氏名） 氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____							
送付先 ※申請者住所と異なる場合記入	住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____						

*** 保険者審査調書（市記入欄）**

交付年月日	軽減認定結果			<input type="checkbox"/> 該当 減額割合 /100 (利用者負担 第 段階) <input type="checkbox"/> 非該当
年 月 日	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	居住費 100/100	
適用年月日	<input type="checkbox"/>	生活扶助基準見直しにともなう 特例措置対象者	1割負担、食費 25/100	
有効期限			居住費 100/100	
証 交 付	<input type="checkbox"/>	在宅サービス利用者 (軽減の該当となる利用者負担に チェック)	<input type="checkbox"/> 1割負担 25/100	
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (送付日)	<input type="checkbox"/>	施設サービス利用者 (軽減の該当となる利用者負担に チェック)	<input type="checkbox"/> 食費 25/100	
			<input type="checkbox"/> 居住費 25/100	
	<input type="checkbox"/>	非該当	軽減なし	
※高齢福祉年金受給者の軽減割合は 50/100				受 付 印

保険者記入欄

<input type="checkbox"/>	<p>生活保護受給者 (短期入所生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護老人福祉施設サービス(介護予防を含む)の個室(従来型個室・ユニット型個室的多床室・ユニット型個室に限る)の居住費を全額軽減)</p>	1割負担 食費 居住費	(保護) (保護) 100/100
<input type="checkbox"/>	<p>生活扶助基準見直しに伴う特例措置対象者(次の要件を満たすもの)</p> <p><input type="checkbox"/> 平成25年8月1日又は平成26年4月1日施行の生活扶助基準の見直しに伴い、生活保護が廃止されたもの</p> <p><input type="checkbox"/> 廃止時点において本事業に基づく軽減または特定入所者介護(予防)サービスの支給により居住費の利用者負担がなかったもの</p> <p><input type="checkbox"/> 引き続き本事業の軽減対象者に該当する</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 100/100
<input type="checkbox"/>	<p>在宅サービス(次の項目の要件をすべて満たすもの)</p> <p><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯</p> <p><input type="checkbox"/> ア) 年間収入が単身世帯で150万円以下である者 ※世帯員1名増える毎に50万円を加算した額以下であること 年間収入額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> イ) 預貯金等の額が単身世帯で350万円以下である者 ※世帯員1名増える毎に100万円を加算した額以下であること 預貯金額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> ウ) 日常生活に供する資産以外の資産がない者</p> <p><input type="checkbox"/> エ) 負担能力のある親族に扶養されていない 税法上の扶養控除(有・無) ※有の場合(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> オ) 介護保険料の滞納がない</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 25/100
	<p>上記の要件を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護を利用しており、かつ、特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を受けていない (支給されていない場合は、食費および居住費(滞在費)は減額対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 減額なし 減額なし
	<p>上記の基準を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階で、かつ、つぎのサービス利用がある 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス (該当する場合は利用者負担額は減額の対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	減額なし 25/100 25/100
<input type="checkbox"/>	<p>施設サービス(次の項目の要件をすべて満たすもの)</p> <p><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯</p> <p><input type="checkbox"/> ア) 年間収入が単身世帯で150万円以下である者 ※世帯員1名増える毎に50万円を加算した額以下であること 年間収入額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> イ) 預貯金等の額が単身世帯で350万円以下である者 ※世帯員1名増える毎に100万円を加算した額以下であること 預貯金額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> ウ) 日常生活に供する資産以外の資産がない者</p> <p><input type="checkbox"/> エ) 負担能力のある親族に扶養されていない 税法上の扶養控除(有・無) ※有の場合(_____)</p> <p><input type="checkbox"/> オ) 介護保険料の滞納がない</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 25/100
	<p>上記の要件を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・介護福祉施設サービスを利用しており、かつ、特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を受けていない (支給されていない場合は、食費および居住費(滞在費)は減額対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	25/100 減額なし 減額なし
	<p>上記の基準を満たし、</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階で、かつ、つぎのサービス利用がある 指定地域密着型介護老人福祉施設、指定介護老人福祉施設 (該当する場合は利用者負担額は減額の対象外)</p>	1割負担 食費 居住費	減額なし 25/100 25/100
<input type="checkbox"/>	<p>高齢福祉年金受給者 (上記減額割合の「25/100」を「50/100」とする)</p>		