

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人による利用者負担の軽減制度）

		確認番号				
フリカゝナ 被保険者 氏名		被保険者番号				
		生年月日				
住所	〒  電話番号					
利用サービス	サービス種別	<input type="checkbox"/> 在宅サービス（ ） <input type="checkbox"/> 施設サービス（ 特別養護老人ホーム（※地域密着型介護老人福祉施設を含む） ）				
	利用事業所名					
軽減申請理由	<input type="checkbox"/> 低所得により生計が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ ）			生活保護受給有無	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給していない	

		氏名	生年月日	被保険者との関係	生計中心者に○をつけてください
世帯構成	世帯主				
	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の軽減対象の確認を申請します。なお、申請にあたり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。また、申請に係る決定情報を当該サービス事業所に提供されることに同意します。

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 (被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※被保険者以外の方が申請する場合、以下も記入してください。

代理申請者 住所 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

結果送付先	<input type="checkbox"/> 申請者（被保険者） <input type="checkbox"/> 代理申請者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------	---

※市記入欄（保険者審査調書）

交付年月日	審査結果	備考
年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認（該当） 軽減割合 /100 （利用者負担 第 段階）	
適用年月日	<input type="checkbox"/> 却下（非該当） <input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 収入額超過 <input type="checkbox"/> 預貯金額超過 <input type="checkbox"/> 資産保有 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 保険料滞納	
年 月 日 から	軽減承認結果	受付印
有効期限	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 居住費 100/100	
年 月 日 まで	<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 居住費 100/100	
結果送付日	<input type="checkbox"/> 在宅サービス利用者 <input type="checkbox"/> 1割負担 25/100 <input type="checkbox"/> 食費 25/100	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 施設サービス利用者 <input type="checkbox"/> 居住費 25/100	
	※高齢福祉年金受給者の軽減割合は50/100	

# 収入等申告

富良野市長 様

申告年月日 年 月 日

住所  
 申告者  
 (被保険者) 氏名

私及び世帯員の令和 年中の収入及び資産の状況について、以下のとおり申告します。

①収入申告 (令和 年 (1~12月) の収入を記入してください) (単位:円)

収入の種類	被保険者本人	世帯員 (氏名: )	世帯員 (氏名: )	
年金収入 (国民年金・厚生年金・共済年金 等)				
給与・事業収入				
財産収入 (家賃・地代 等)				
利子及び配当収入 (公社債、預貯金の利子、利益配当 等)				
その他収入 (不動産・動産処分による収入、仕送り 等)				世帯合計
合計				

②資産申告 (単位:円)

現金及び預貯金額			
有価証券、債券の保有の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
現に居住する不動産(土地及び家屋)以外の不動産所有の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

\*市記入欄(保険者審査調書)

<input type="checkbox"/>	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・ユニット型個室の多床室・ユニット型個室に限る)の居住費を全額軽減)	1割負担 食費 居住費	(保護) (保護) 100/100
<input type="checkbox"/>	生活扶助基準の見直しに伴う特例措置対象者(次の要件を満たすもの) <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 <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 <input type="checkbox"/> 引き続き本事業の軽減対象者に該当する	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 100/100
<input type="checkbox"/>	(次の要件をすべて満たすもの) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 居住の用に供する家屋その他日常生活に供する資産以外の資産がない <input type="checkbox"/> 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(_____) <input type="checkbox"/> 介護保険料の滞納がない	1割負担 食費 居住費	25/100 25/100 25/100
在 宅	上記の要件を満たし、 <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)	1割負担 食費 居住費	25/100 軽減なし 軽減なし
	上記の基準を満たし、 <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(該当する場合は、利用者負担額は減額の対象外) 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	1割負担 食費 居住費	軽減なし 25/100 25/100
施 設	上記の要件を満たし、 <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)	1割負担 食費 居住費	25/100 軽減なし 軽減なし
	上記の基準を満たし、 <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(該当する場合は、利用者負担額は減額の対象外) 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	1割負担 食費 居住費	軽減なし 25/100 25/100
<input type="checkbox"/>	高齢福祉年金受給者 (上記減額割合の「25/100」を「50/100」とする)		