

安曇野市社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 の 記入例

※太枠内をご記入ください。

安曇野市社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

新規申請・更新申請

申請区分に○をしてください。

介護保険被保険者証の番号をご記入ください。

注④ 扶養の有無

負担能力のある親族等に扶養されている場合は「あり」と記入し、欄外に扶養者の住所・氏名をご記入ください。「負担能力のある親族等に扶養されている」とは次の場合などです。

- 市民税課税者である親族等の市民税の扶養控除対象者になっている。
- 市民税課税者である親族等の医療保険の被扶養者になっている。

◆申請には以下の書類を添付してください。

- (生活保護受給者は不要です。)
- 世帯員全員の預貯金(普通・定期)通帳の写し

「銀行名・支店名・口座番号・口座名義人が分かるページ(表紙を開けたページなど)」と判定収入期間(前年または前々年(※)1月1日から現在まで)の取引が記帳されたページ」の写し

※8月から12月申請の場合は、前年の1月から現在までのページ
1月から7月申請の場合は、前々年の1月1日から現在までの明細
・その他収入、預貯金、資産が確認できる書類(通帳に記載されない収入・預貯金・資産がある場合。)

被保険者本人と世帯員全員についてご記入ください。生活保護受給者の場合はこの欄の記載は不要です。

注① 年間収入額

収入判定期間の1月～12月分の収入をご記入ください。

収入には年金収入、給与収入、不動産収入などのほか、遺族年金や障害年金などの非課税年金や、恩給、仕送りなども含みます。

注② 預貯金額

預貯金額には、預貯金(普通・定期)のほかには有価証券や債券なども含みます。

注③ 資産の有無

被保険者本人やその親族の居住用の土地、家屋以外に活用できる資産(田畑、宅地等)があれば「あり」とご記入ください。

被保険者本人の氏名・住所・電話番号をご記入ください。

(成年被後見人の場合は後見人の方についてご記入・押印下さい。)

※法人等による成年被後見人については法人所在地・法人名等、法人事業所印を押印して下さい。

フリガナ	カゴ 保 険	確認番号	※市記入									
被保険者氏名	介護 保険	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
		生年月日	昭和7年7月7日									
住 所	〒399-8281 安曇野市豊科6000番地											
利用者負担軽減申請理由	収入は年金だけで、貯金も少なく、活用できる資産はありません。											
			注①	注②	注③	注④						
	氏名	生年月日	年間収入額	預貯金額	資産の有無	扶養の有無						
世帯構成	世帯主	介護保険	S7.7.7	¥794,500	¥1,234,567	なし	あり					
	世帯員	介護保子	S8.8.8	¥794,500	¥1,234,567	なし	あり					
(宛先) 安曇野市長 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確認の申請をします。また、上記の申請内容について事実と相違ありません。 ○年○月○日 住所安曇野市豊科6000番地 申請者 電話番号71-2472 氏名 介 護 保 険												

成年後見人又は代理人が申請される場合は、次の書類の添付又は提示をしてください。

【成年後見人の場合】

- ①登記事項証明書(コピー可)
- ②資格者証(親族以外の司法書士等の場合)
- ③本人確認書類
(顔写真付きの公的な身分証明書1点又は顔写真なしの官公署発行の住所・氏名記載のある証明書2点)

【成年後見人以外の代理人の場合】

- ①本人確認書類
(顔写真付きの公的な身分証明書1点又は顔写真なしの官公署発行の住所・氏名記載のある証明書2点)