

社会福祉法人等介護保険サービス利用者負担軽減確認申請書

比布町長 様

次のとおり、社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担軽減の対象確認の申請をします。

フリガナ				個人番号						
被保険者氏名				被保険者番号						
生年月日		年 月 日生		性別	男 ・ 女					
住 所		〒		(電話 - -)						
利用者負担軽減申請理由		1 市町村民税非課税世帯であり、かつ、所得等の要件が軽減対象者に該当すると思われるため 2 軽減対象者に該当すると思われ、かつ、老齢福祉年金受給者であるため 3 生活保護受給者であるため								
		氏 名	生 年 月 日	性別	市町村民税課税・非課税の別	備 考				
世帯構成	世帯主		年 月 日		課 ・ 非					
	世帯員		年 月 日		課 ・ 非					
			年 月 日		課 ・ 非					
			年 月 日		課 ・ 非					
<p>同 意 書</p> <p>上記申請について、私及び私の世帯に属する者（以下「私等」という。）の収入状況、預貯金額、資産内容、扶養状況、公的年金等の受領額等について、比布町が官公署、銀行、信託会社、私等の雇用主その他の関係人（以下「官公署等」という。）に報告を求めることに同意します。</p> <p>また、比布町の報告要求に対し、官公署等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署等に伝えて構いません。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>										

町記入欄

要介護度	生活保護受給	世帯課税状況	世帯収入	預貯金額	審査（判定）結果		
	有 ・ 無	課 ・ 非	該 ・ 非 150万円+ 50万円× 人	該 ・ 非 350万円+ 100万円× 人	該当 確認番号 ()	軽減率	1/4
	資産所有	負担可能親族	保険料滞納	老齢福祉年金			1/2
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無			全額
交付年月日		適用開始年月日		有効期限		非該当	
年 月 日		年 月 日		年 月 日			

収入申告書

年 月 日

比布町長 様

氏名 _____

私等の前年の収入状況等について、次のとおり申告します。

種類	金額 (年額)	備考
年間収入 (世帯全員)	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
預貯金額 (世帯全員)	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
資産所有	有 ・ 無	
扶養	されている ・ されていない	
介護保険料滞納	有 ・ 無	

※年間収入、預貯金額の状況が確認できる書類を添付してください。