様式第１号

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 |  |
| 同　　意　　書 |
| 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。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。 |
| 　　　　　　年　　月　　日 |
| 申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |

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 | 該 ・ 非 |
|  | 150万円＋50万円×　人 | 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。