



社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

<記入例>

フリガナ	ボンチ タロウ		保険者番号	452029			
被保険者氏名	盆地 太郎		被保険者番号				00
生年月日	明・大昭 ○年 ○月 ○日		性別	男 ・ 女			
住所	〒 885-0000 都城市○○町○○-○○		電話番号	(0986) ○○-0000			
利用者負担額減額申請理由	記入例：収入が少ないため						
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけて下さい			
世帯構成	世帯主	明・大・昭					
	世帯員	明・大・昭		住民票上の同居の家族(世帯員)全員の氏名・生年月日・性別などを記入ください。			
		明・大・昭					
<p>都城市長 宛て 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対象の申請をします。 なお、申請にかかる課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により確認することに同意します。</p> <p>年 対象者本人の住所・氏名をご記入ください。(窓口に来られた方ではありません。) ※介護者である親族またはそれに準じる方の「代筆」が可能です。</p> <p>住所 都城市○○町○○-○○</p> <p>申請者 電話番号 (0986) ○○-0000 氏名 盆地 太郎</p>							

利用している事業者名(特別養護老人ホーム○○○)

市記入欄

交付年月日	備考		
年月日	所得の状況		減額の割合
適用年月日	① 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること	円	1/4
年月日から	② 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること	円	1/2
有効期限	③ 世帯がその居住用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと	有・無	1/4(居住費・滞在費のみ全額)
7月31日まで	④ 介護保険料の滞納がないこと	有・無	
決定通知	⑤ 負担能力のある親族等に扶養されていないこと	有・無	全額(居住費・滞在費のみ)
-	⑥ 生活保護受給者	有・無	非該当
-	⑦ 負担限度額認定を申請していること	有・無	-