⑧

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）

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	
住 所	〒 電話番号		
備　　考 （申請理由）			

都城市長　様
前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。

年　　月　　日

〒

住所

申請者　　電話番号氏名

利用している事業所名（　　）

		氏　　名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけて下さい。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

交付年月日 年　月　日	備　　考		
	所得の状況(生計中心者の所得状況等を把握)		減額の割合
適用年月日 年　月　日から	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
	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 年　7月31日まで	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）
	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	
	⑥ 生活保護受給者	有・無	
	⑦ 負担限度額認定を申請していること	有・無	