

# 【申請書の書き方（記入例）】 ※生活保護を受給されていない方

※生活保護を受給されている方は、裏面の記入例をご確認ください。

被保険者の情報  
(住所・氏名・電話番号)を記入してください。

申請日と、申請者の情報  
(住所・氏名・電話番号)を記入してください。

預貯金通帳の添付状況について、  
いずれか該当する方にチェックしてください。

※下にチェックした場合は、必ず理由も記入してください。

介護保険 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)																	
神戸市 区長宛																	
私は、下記①～⑥が事実であることを確認し、必要書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減の申請をします。申請内容の確認のために、税務部局その他の関係機関に必要な照会をすることに同意します。 事実と異なり、要件に当てはまらないことが判明した場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議ありません。																	
令和 年 8 月 1 日以降適用分																	
①私の世帯には、今年度の市民税が課税されている者はいません。 ②私の世帯の前年中の収入金額は、150万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり50万円を加算した金額）以下です。 ③私の世帯が保有する預貯金や株式、国債・地方債などの金融資産は350万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり100万円を加算した金額）以下です。 ④私は負担能力のある親族等に扶養されていません。 ⑤私の世帯では、自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産は保有していません。 ⑥私は、介護保険料を滞納していません。																	
被保険者	<table border="1"> <tr> <td>保険者番号</td> <td>2 8 1 1 0 5</td> <td>被保険者番号</td> <td>0 0 0 1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="2">神戸 太郎</td> <td>生年月日</td> <td>明治・大正 昭和 12 年 3 月 4 日</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">〒600-0000 神戸市〇〇区〇〇通1丁目2番3号</td> </tr> </table>	保険者番号	2 8 1 1 0 5	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	神戸 太郎		生年月日	明治・大正 昭和 12 年 3 月 4 日	住所	〒600-0000 神戸市〇〇区〇〇通1丁目2番3号					
保険者番号	2 8 1 1 0 5	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7														
被保険者氏名	神戸 太郎		生年月日	明治・大正 昭和 12 年 3 月 4 日													
住所	〒600-0000 神戸市〇〇区〇〇通1丁目2番3号																
申請者	<table border="1"> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">申請日 令和 4 年 7 月 1 日</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="3">被保険者と同じ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>本人との関係</td> <td colspan="2">電話番号</td> </tr> <tr> <td>神戸 花子</td> <td>妻</td> <td colspan="2">078-123-4567</td> </tr> </table>	住所	申請日 令和 4 年 7 月 1 日			<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者と同じ			氏名	本人との関係	電話番号		神戸 花子	妻	078-123-4567	
住所	申請日 令和 4 年 7 月 1 日																
<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者と同じ																
氏名	本人との関係	電話番号															
神戸 花子	妻	078-123-4567															
添付書類確認欄	<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>※世帯員(本人含む)全員の、預貯金通帳(コピー)をご用意のうえ、下記の該当する方にチェックをしてください。全員分の預貯金通帳が用意できない場合は、その理由もご記入ください。</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>預貯金通帳(コピー)を、全員分添付しました。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>預貯金通帳(コピー)が添付できません。(預貯金通帳が揃わない又は、口座がない世帯員がいる場合も含む) 添付できない理由:</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	※世帯員(本人含む)全員の、預貯金通帳(コピー)をご用意のうえ、下記の該当する方にチェックをしてください。全員分の預貯金通帳が用意できない場合は、その理由もご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金通帳(コピー)を、全員分添付しました。	<input type="checkbox"/>	預貯金通帳(コピー)が添付できません。(預貯金通帳が揃わない又は、口座がない世帯員がいる場合も含む) 添付できない理由:										
<input checked="" type="checkbox"/>	※世帯員(本人含む)全員の、預貯金通帳(コピー)をご用意のうえ、下記の該当する方にチェックをしてください。全員分の預貯金通帳が用意できない場合は、その理由もご記入ください。																
<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金通帳(コピー)を、全員分添付しました。																
<input type="checkbox"/>	預貯金通帳(コピー)が添付できません。(預貯金通帳が揃わない又は、口座がない世帯員がいる場合も含む) 添付できない理由:																

## 【記入される際の注意点】

### ●申請者欄について

申請書・添付書類に不備等があった際にお問い合わせさせていただくことがあります。  
必ず、日中に連絡が付く電話番号をご記入ください。

### ●添付書類について

預貯金通帳を含め、申請に必要な添付書類は、**ピンク色のチラシをご確認ください。**  
正当な理由なく、預貯金通帳が添付されていない場合は、不承認とすることがあります。

# 【申請書の書き方（記入例）】※生活保護を受給されている方

※生活保護を受給されていない方は、裏面の記入例をご確認ください。

介護保険 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)	
神戸市 区長宛	
私は、下記のいずれかの書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減の申請をします。 なお、生活保護受給が廃止となった場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議ありません。	
令和 年 8 月 1 日以降適用分	
<添付書類> ・生活保護適用証明書 ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律等による支援給付適用証明書	
被 保 険 者	保険者番号 <b>2 8 1 1 0 5</b> 被保険者番号 <b>0 0 0 1 2 3 4 5 6 7</b> 被保険者氏名 <b>神戸 太郎</b> 生年月日 明治・大正 <b>昭和 12 年 3 月 4 日</b> 住所 <b>〒600-0000 神戸市〇〇区□□通1丁目2番3号</b>
	申請日 令和 <b>4</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 被保険者と同じ
	氏名 <b>神戸 花子</b> 本人との関係 <b>妻</b> 電話番号 <b>078-123-4567</b>

被保険者の情報  
(住所・氏名・電話番号)を記入してください。

申請日と、申請者の情報  
(住所・氏名・電話番号)を記入してください。

## 【記入される際の注意点】

- 申請者欄について  
申請書・添付書類に不備等があった際にお問い合わせさせていただくことがあります。  
必ず、日中に連絡が付き電話番号をご記入ください。
- 添付書類について  
申請に必要な添付書類は、ピンク色のチラシをご確認ください。