

受付印
(申請年月日)

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)

(令和 年8月1日以降適用分)

保険者番号		被保険者番号 <small>被保険者のみ記載</small>	
被保険者氏名		生年月日	
住所	〒	電話番号()	—

- 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。
- 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。
- 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。
- 私は負担能力のある親族等に扶養されていません。
- 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。
- 私は、介護保険料を滞納していません。

神戸市 区長宛

上記1.～6.が事実であることを確認し、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あ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 月 日

被保険者氏名(自署)

印

⇒被保険者氏名を代筆した場合(代筆者氏名・被保険者との関係・住所、代筆理由)

代筆者氏名:

代筆者住所:

被保険者との関係:

代筆理由:

※ 被保険者様ご本人を含めた世帯員の中で、預貯金口座のある方全員の預貯金通帳のコピーを添付して下さい。添付できない場合は、以下にその理由をお書き下さい。正当な理由なく預貯金通帳のコピー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。

(理由)

(神戸市記入欄)

承認コード	確認事項欄(該当1、非該当0)				
	①資格有	②世帯非課税	③収入要件	④預金要件	⑤扶養要件
	⑥資産要件	⑦滞納なし	⑧生保	負担段階	
				1	2 3 4

上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。

承認・不承認	減額割合
	25%・50%
交付年月日	令和 年 月 日
適用年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

令和 年 月 日

課長	係長	担当	入力	受付