

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

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		介護保険 被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由	1 特に生計が困難なため 2 生活保護受給者であるため 3 その他 ()		
利用サービス (または利用予定)	1 介護福祉施設サービス 2 訪問介護 3 通所介護 4 短期入所生活介護 5 その他 ()		
利用 (予定) 事業所名			
	氏 名	生 年 月 日	性 別
世 帯 構 成	世 帯 主	M・T・S・H 年 月 日	男・女
	世 帯 員	M・T・S・H 年 月 日	男・女
		M・T・S・H 年 月 日	男・女
		M・T・S・H 年 月 日	男・女
		M・T・S・H 年 月 日	男・女

(あて先) 佐賀市長

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確認を「負担軽減調書」を添えて申請します。

なお、この申請にあたり、私の世帯及び扶養者に関する課税状況、私の介護保険料の納付状況等の閲覧について同意します。

年 月 日

申請者 住所
氏名

電話番号

(代筆者氏名 続柄)

市記入欄 (以下は記入しないでください)

<input checked="" type="checkbox"/> 要介護度 () <input checked="" type="checkbox"/> 旧措置者 (有 ・ 無) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢福祉年金 (受給 ・ 無) <input checked="" type="checkbox"/> 認定結果 (認定 ・ 非認定)	<input type="checkbox"/> 減額割合 () <input type="checkbox"/> 決定通知書 <input type="checkbox"/> 確認証 <input type="checkbox"/> 連合連絡表	交付年月日 年 月 日 適用年月日 年 月 日 から 有効期限 年 月 日 まで
--	---	---

負担軽減調書

年 月 日

佐賀市長 様

住所

氏名

代筆者

続柄

私及び私と同一世帯員にかかる令和6年中の収入等は下記のとおりです。

なお、記載内容が事実と相違した場合は、軽減相当額の返還を求められた場合、速やかに応じます。

(1) 令和6年中の収入、預貯金額等について

※ 年収は、令和6年1月1日から12月末までについてご記入ください。

※ 預貯金額は、申請時点の残額をご記入ください。

※ 18歳以上(ただし学生は除く)の全ての世帯員について記入して下さい。

氏名	続柄	収入の内訳						合計 ①～⑥	預貯金額 等
		①公的年金 国民年金・厚生年金・共済年金等	②その他年金等 遺族年金・遺族恩給・障害年金・雇用保険・老齢福祉年金等	③給与収入	④事業・不動産収入 (所得金額)	⑤仕送り	⑥その他の収入		
	本人	円	円	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円	円	円
合計		円	円	円	円	円	円	円	円

(2) 申請者本人について、以下の質問にお答えください。

① 自己居住用及び生計を維持するため以外の不動産(土地・家屋等)を所有していますか?	はい ・ いいえ
② 現在、介護保険料を滞納していますか?	はい ・ いいえ
③ 現在、住民税や医療保険の扶養にはいっていますか?	はい ・ いいえ

負担軽減調書記載上の留意点

①収入額について

【基準】 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下であること。

(世帯全員を合算した額で判断します。)

- * 世帯全員について課税年金、非課税年金、恩給(課税・非課税)、給与、不動産、営業、仕送り等全て収入金額を記入してください。
- * 世帯員全員について全ての収入の確認できる書類を添付してください。
(預貯金通帳、申告書、源泉徴収票、年金額振込通知書などの写し)

②預貯金額等について

【基準】 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が一人増えるごとに100万円を加算した額以下であること。

- * 定期預金・普通預金等の通帳(証書)は、住民票の同一世帯の方全員分の、次の内容が確認できる箇所のコピーが必要です。
 - ・口座名義人・金融機関・口座番号の箇所(表紙裏の見開き)
 - ・令和6年1月1日から令和6年12月31日までの記帳箇所
 - ・現在の残高(申請日直近)が確認できるページの写しを添付してください。
- * 有価証券については、一般に公開された市場がある場合には申請日時点の市場価格を評価します。その他の場合は額面で評価します。

③扶養要件について

【基準】 負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

- * 市民税課税者の税の被扶養者になっていないこと。

注意》旧措置者について

- * 旧措置入所者で利用者負担割合が5%以下の者については、軽減の対象とはなりませんが、ユニット型個室の居住費に係る利用者負担額については軽減の対象となります。(佐賀市社会福祉法人等介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱第4条)
- * 旧措置者の方については、申請書提出時にその旨をお知らせください。