

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事業)

通常

【裏面も記入ください】

フリガナ		個人番号	
被保険者		被保険者番号	000
生年月日		性別	
住所	〒 電話番号		
利用サービス	1 介護福祉施設サービス (特別養護老人ホーム旧措置入所者への該当・非該当) 2 在宅サービス (訪問介護の経過措置への該当・非該当)		
利用者負担額軽減申請理由			
宍粟市長 様  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申請します。 なお、私の世帯の所得状況等を公簿等により確認を受けることに同意します。 また、施設入所者等に係る食費・居住費(滞在費)の軽減は、特定入所者介護(予防)サービス費が支給されている場合に限ることを承諾します。  年 月 日  住所 被保険者 氏 名 ⑩ 電話番号			
※窓口に来られた方が被保険者本人の場合、下欄は記載不要です。  窓 口 に 来られた方 住 所 氏 名 電話番号			

【裏面も記入ください】

【市確認欄】

届出人	委任確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一住民票内		
	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 ( ) <input type="checkbox"/> 健康保険証 ( ) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※写真有1点、写真無2点	個 人 番 号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )

# 社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請調査票

対象者氏名

記入者（実際に記入をされた方）

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 夫 妻 子 子の配偶者  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

・同居家族はありますか？ あり ・ なし

「あり」の場合：世帯人数 \_\_\_\_\_ 人（※うち収入のある世帯員人数 \_\_\_\_\_ 人）

続柄	氏名	収入の有無	収入の種類 (年金種類等)	収入額 (年間の金額)	預貯金の有無	預貯金等の額
本人		有・無		円	有・無	円
		有・無		円	有・無	円
		有・無		円	有・無	円
		有・無		円	有・無	円
		有・無		円	有・無	円
合計				円	合計	円

・年金以外の収入はありますか？

あり ・ なし

「あり」の場合、下表記入

内 容	金額
仕 送 り	円
不 動 産 収 入	円
利 子 ・ 配 当	円
その他（ _____ ）	円

・対象者の方の医療保険の種類はなんですか？

国民健康保険  
後期高齢者医療  
社会保険等の扶養

・税申告において、あなたを扶養に

取っている親族はいませんか？  
いる ・ いない

## 【市確認欄】

世帯の課税状況	非課税世帯 ・ 非課税世帯（未申告者有） ・ 課税世帯
保険料滞納の有無	有り ・ 無し   負担限度額認定   有り ・ 無し

(確認者氏名 \_\_\_\_\_ )

判定結果 判定年月日	1. 該当 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. 非該当（事由： _____ ）
---------------	--

課長	副課長	係長	係員	担当