

様式第3号（第7条関係）

松本市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措置）

（宛先）松本市長

次のとおり関係書類を添えて、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。

		確認番号										
ふりがな												
被保険者氏名	申請年月日		年 月 日									
	被保険者番号											
生年月日	年 月 日		電話番号									
住所	〒 ー											
利用者負担額軽減申請理由	【あてはまる記号に○をしてください。】 A 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の対象者要件該当のため B 上記のうち、生活保護受給者又は支援給付受給者であるため											

申請者氏名											被保険者との関係（ ）
申請者住所	〒 ー										電話番号（ ）

【ここから下は、市の記入欄です。】

交付年月日	備 考																																										
年 月 日	申請者本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）										決裁欄																																
											受付	入力	課長補佐	課長																													
適用年月日	A. 次のいずれにも該当する者 1 市町村民税世帯非課税者 該当・非該当 2 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1名増すごとに50万円を加算した額以下である。 該当・非該当 3 預貯金の額が単身世帯で350万円、世帯員が1名増すごとに100万円を加算した額以下である。 該当・非該当 4 活用できる資産がない。 該当・非該当 5 負担能力のある親族等に扶養されていない。 該当・非該当 6 介護保険料を滞納していない。 該当・非該当 ○利用者負担段階 第1段階 第2段階 第3段階 B. 生活保護受給者または支援給付受給者 該当・非該当										上記申請を審査した結果 認定・却下 としてよろしいでしょうか。																																
有効期限											<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">チェック段階</th> <th colspan="2">介護サービス費</th> <th colspan="2">食費・居住費</th> </tr> <tr> <th>国・県</th> <th>市</th> <th>国・県</th> <th>市</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>50%</td> <td></td> <td>50%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%</td> <td>25%</td> <td>25%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>25%</td> <td></td> <td>25%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生保</td> <td></td> <td></td> <td>個室のみ 100%</td> <td></td> </tr> </table>				チェック段階	介護サービス費		食費・居住費		国・県	市	国・県	市	1	50%		50%		2	25%	25%	25%	25%	3	25%		25%		生保			個室のみ 100%	
チェック段階	介護サービス費		食費・居住費																																								
	国・県	市	国・県	市																																							
1	50%		50%																																								
2	25%	25%	25%	25%																																							
3	25%		25%																																								
生保			個室のみ 100%																																								

裏面の「収入・資産申告書兼同意書」も記入してください。

松本市社会福祉法人等利用者負担軽減 収入・資産申告書兼同意書

(宛先) 松本市長

収入・資産の状況について、次のとおり申告します。

申告年月日	年 月 日
-------	-------

申告者 (被保険者)	住所
	氏名

同意署名欄	私が介護保険制度又は松本市の老人福祉に関するサービスを利用するに当たり、松本市長が私及び私の世帯全員の収入、課税及び資産の状況について、介護保険法第 203 条第 1 項に基づき官公署、金融機関、その他関係人に対し調査し回答を得ることを承諾します。 なお、私は当該制度又は当該サービスを利用する間は、同様の調査をされることについて承諾します。		
氏名	(被保険者本人)	(世帯員：続柄)	(世帯員：続柄)
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
①世帯の収入状況	世帯全員の年間収入の額（事業収入にあつては必要経費控除後の額）を記入してください。		
公的年金等	円	円	円
企業年金	円	円	円
遺族年金・障害年金	円	円	円
給与・不動産・営業収入	円	円	円
仕送り・その他	円	円	円
総計	円	円	円
世帯の収入合計	円		
②世帯の資産状況	世帯全員の預貯金、現金、有価証券等の額を全て記入してください。		
預貯金(定期預金含む)	円	円	円
有価証券等（評価概算額）	円	円	円
現金	円	円	円
出資金	円	円	円
世帯の預貯金等の合計	円		
活用できる資産の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
有の場合	土地 (所在地)	(所在地)	(所在地)
	家屋 (所在地)	(所在地)	(所在地)
被保険者本人の扶養状況	・扶養されている 扶養者住所 () 扶養者氏名 ()		
	・扶養されていない		