社会福祉法人等による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軽減制度）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	153072
		被保険者番号	
生 年 月 日	年　月　日生	性 別	男　・　女
住　所	〒 電話番号		
利用者負担額減免申請理由			

（利用者負担軽減対象要件確認欄）

該当する項目の□にレ印をつけてください。

□ 年間収入が単身世帯で１５０万円以下（世帯員１人増ごとに５０万円加算可）
□ 預貯金等の額が単身世帯で３５０万円以下（世帯員１人増ごとに１００万円加算可）
□ 有価証券等の保有状況　なし・　あり＿＿＿＿＿＿＿＿円
□ 日常生活に必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない
□ 負担能力のある親族等に扶養されていない
□ 介護保険料を滞納していない
□ 老齢福祉年金受給者である

聖 籠 町 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申請をします。

年　月　日

申請者
住 所
氏 名　印　電話番号

※　別紙収入等申告書を添付すること。

居宅サービス計画の作成及び給付管理業務に必要があるときは、軽減の内容について居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示すること、また、審査の際、私、（対象者本人）と世帯員の住民税課税状況及び扶養の状況について町民課の職員が調査することに同意します。

本人又は申請代理人氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

町記入欄交付年月日	備　考
年　月　日	（申請確認内容） □住民税非課税世帯、利用者負担軽減対象要件適合により＿＿/100 の減免相当 （要件適合者で、老齢年金受給者の場合は、　/100 減免相当） □減免非該当相当
適用年月日	
年　月　日から	
有効期限	
年　月　日まで	