

**記載例**

八幡浜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)

被保険者番号をご記入ください

フリガナ	ヤワタハマ タロウ		(確認番号)	0000012345		
被保険者氏名	八幡浜 太郎		被保険者番号			
			生年月日	昭和20年1月1日		
住所	〒 796-8501					
	八幡浜市北浜1丁目1番1号 電話番号 0894-24-6628					
利用者負担額軽減理由	低所得のため					
軽減対象サービス	<input type="radio"/>	1. 特別養護老人ホーム			8. 認知症対応型通所介護(介護予防)	
		2. 訪問介護			9. 小規模多機能型居宅介護(介護予防)	
		3. 通所介護			10. 地域密着型介護老人福祉施設	
		4. 短期入所生活介護(介護予防)			11. 看護小規模多機能型居宅介護	
		5. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			12. 第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業	
		6. 夜間対応型訪問介護			13. 第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業	
		7. 地域密着型通所介護				
税法上の扶養関係の有無	有	<input checked="" type="radio"/> 無	※ 有りの場合、申請者を扶養するものの氏名			
世帯構成	世帯主	八幡浜 太郎	昭和20年1月1日	本人	<input type="radio"/>	
	世帯員	八幡浜 花子	昭和22年2月2日	妻		
八幡浜市長 <b>申請の日付としてください。</b> 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申請 令和 6年 8月 1日 申請者 住所 八幡浜市北浜1丁目1番1号 氏名 八幡浜 太郎						
※市町村記入欄						
交付年月日	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者である高齢福祉年金受給者 1/2 軽減					
年 月 日	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者 1/4 軽減					
適用年月日	その他市長が上記に準ずる生計困難者と認めた者 150万以下(世帯員1人50万加算) 預金等350万以下(世帯員1人100万加算)					
年 月 日から	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者(居住費・滞在費のみ) 全額軽減					
有効期限	<input type="checkbox"/> 非該当					
年 7月 31日 まで						

申請者本人の署名  
 ※親族が代筆した場合余白に代筆者氏名・続き柄・連絡先をご記入ください。

八幡浜市社会福祉法人等利用者負担軽減確認書に係る収入等申告書

令和 6年 8月 1日  
八幡浜市長 様

生活保護受給者については、本申告書の提出は不要です。

前年 申告日

被保険者 住 所 八幡浜市北浜1丁目1番1号  
氏 名 八幡浜 太郎  
生 年 月 日 昭和20年1月1日

わたしの 令和5年中の収入及び預貯金等について下記の通り申告します。

・申告制度の趣旨に則り、世帯員全員の年間収入の把握に努めてください。  
(課税収入については、市の公簿(課税台帳等)等で確認できますが、市では把握できない収入(扶助料等)もあるので留意してください。)  
・公的年金等の源泉徴収票等、収入額を証明する書類のコピーを添付してください。  
(書類の紛失等により添付できない理由がある場合でも、世帯員から聴取する等により、年間収入を把握した上で適正な申告に努めてください。)

区分					
区分					
世帯収入	国民年金	123	456789	太郎	792,100
	厚生年金	234	567890	花子	600,000
	共済・恩給				
	扶助料				392,100
	財産収入				
	利子・配当収入				
	その他収入				
					392,100
					392,100
	世帯の預貯金の額	3,330,000円		※原則通帳のコピーを添付すること ※コピーの添付が無理な場合、 介護支援専門員等事業所の確認必要 確認者署名欄 ( )	
	(合計)				
その他	有価証券、債権の保有の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し		無し	
	不動産等活用資産の状況	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し		※有りの場合、所在地、状況等 [ ]	
	税法上の扶養の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し		※有りの場合、扶養者氏名 [ ]	
	利用希望法人名・サービス名等	<input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス 法人・サービス名 ( 特別養護老人ホーム 八幡浜 ) <input type="checkbox"/> 在宅サービス 法人・サービス名 ( )			
	課税状況・所得状況調査			世帯主本人の署名	
社会福祉法人等の負担軽減対象者確認において私(世帯)の収入状況、課税状況、及び資産(預貯金・不動産等)、扶養の有無等について調査することに同意します					
		世帯主名		八幡浜 太郎	

・市では預貯金額の把握はできないので、世帯員全員の通帳のコピー(写真も可)を添付してください。

(注意)  
・申請者が不正な手段若しくは虚偽の申告により軽減の決定を受けたときは、決定事項の取消しを行います。  
・介護支援専門員が申請者と共謀して虚偽の申請をする等、介護保険法の信用失墜行為の禁止規定に抵触すれば、介護支援専門員登録を消除され、事業者も行政処分の対象となる可能性があるため、取扱いには慎重かつ細心の注意を払って

※世帯収入欄には前年(1月～12月)の収入を記入すること。  
①年金・恩給等収入(年金、恩給等これに類する定期的な収入。)  
②財産収入(田畑、家屋、機械器具等を外に利用させて得られる収入。)  
③利子配当収入(公社債の利子、預貯金利子、法人等から受ける配当の収入。)  
※収入のわかる資料を添付すること。(例、通帳のコピー、源泉徴収票、確定申告書等)