

様式第1号（6条関係）

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制度）

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号												
	生年月日		年			月			日				
住所	電話番号												
備考													
八幡浜市長 様 前のおと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。 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名													

税法上の扶養関係の有無	有 ・ 無		申請者を扶養する者の氏名			
軽減対象サービス	1. 介護福祉施設サービス			7. 地域密着型通所介護		
	2. 訪問介護			8. 認知症対応通所介護（介護予防）		
	3. 通所介護			9. 小規模多機能型居宅介護（介護予防）		
	4. 短期入所生活介護（介護予防）			10. 地域密着型介護老人福祉施設		
	5. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			11. 複合型サービス		
	6. 夜間対応型訪問介護			12. 第一号訪問事業		13. 第一号通所事業
		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。	
世帯構成	世帯主					
	世帯員					

市町村記入欄

交付年月日	備 考	
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
適用年月日	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者 その他市長が上記に準ずる生活困窮者を認めた者 150万円以下（世帯員1人50万円加算） 預貯金等350万円以下（世帯員1人100万円加算）	1 / 4 軽減
有効期限	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者（居住費・滞在費のみ）	全額軽減
年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 非該当	

様式 1 - 1 号 (第 6 条関係)

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

年 月 日

八幡浜市長 殿

被保険者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

わたしの 年中の収入および預貯金等について下記のとおり申告します。

区 分	内 容			年 額 (円)
世帯収入	区 分	基礎年金番号	年 額 (円)	
	国民年金			
	厚生年金			
	共済・恩給			
	扶助料			
	財産収入			
	利子・配当収入			
	その他収入			
	収入計 (A)			
	その他	世帯の預貯金の額 (合計)		
有価証券、債権の保有の有無		<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
不動産等活用資産の状況		<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	※ありの場合、所在地、状況等 [ ]
税法上の扶養の有無		<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	※ありの場合、扶養者氏名 [ ]
利用希望法人名・サービス名称等		<input type="checkbox"/> 施設サービス (事業所名称: )		
		<input type="checkbox"/> 在宅サービス (事業所名称: )		
課税状況・所得状況調査 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。 世帯主氏名 代筆者氏名 (続柄 )				

※ 世帯収入欄には前年 (1 月～1 2 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)

※収入の分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)