

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軽減）

被保険者本人の氏名・住所・生年月日・被保険者番号・ご連絡先をご記入ください。

フリガナ 被保険者氏名	ヤワタハマ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
	八幡浜 太朗		生年月日	昭和	13年	1月	1日					
住所	〒796-0000 八幡浜市〇〇××番地△△		電話番号 0000-00-0000									

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

被保険者本人の住所・氏名  
※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。

〇〇年 ●月 ●〇日

〒796-0000  
住所 八幡浜市〇〇××番地△△

申請者

氏名 八幡浜 太朗

電話番号 000-0000-0000

代筆者 八幡浜 花子（長女）

税法上の扶養関係の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	申請者を扶養する者の氏名			
軽減対象サービス	<input checked="" type="radio"/> 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	八幡浜 太朗	S13.1.1	本人	<input checked="" type="radio"/>
	世帯員				

税控除等の扶養の有無・利用予定のサービス種別・現在の世帯の構成をご記入ください

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 1 / 4 軽減
年 月 日から	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）
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

(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。

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

申告日

被保険者 住 所 八幡浜市〇〇××番地△△

氏 名 八幡浜 太朗

生年月日 昭和 13 年 1 月 1 日

前年

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)
	区 分	基礎年金番号	年 額 (円)	
世帯収入	国民年金	123-456789	849,000	
	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		150,000	
	収入計 (A)			

・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。)

その他	世帯の預貯金の額 (合計)	・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。		円
	有価証券、債権の保有の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	
	不動産等活用資産の状況	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 施設サービス (事業所名称: 特別養護老人ホーム〇〇 )		
		<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効果(社会福祉法人等(預貯金、不動産等)、扶養の有無等について調査することはありません。)				
世帯主氏名 八幡浜 太朗 代筆者氏名 (続柄 )				

※親族が代筆した場合代筆者氏名・続き柄をご記入ください。

- ※ 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)