

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

フリガナ						保険者番号	202093					
被保険者氏名						被保険者番号	00					
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日											
住所	〒					電話番号						
利用者負担額軽減申請理由	1 生活に困窮している 2 その他（具体的な理由）											
1 家族の状況	氏名	生年月日	年間収入	預貯金額	資産の有無	扶養の有無						
世帯構成	被保険者	本人	/	円	円	有・無	有・無					
	世帯員		・	円	円	有・無	有・無					
			・	円	円	有・無	有・無					
2 近親者の状況 ※収入には遺族・障害年金等も含めて記入してください。 上記の「家族の状況」欄に記載をしなかった親、子、兄弟について記入してください。												
	氏名	続柄	年齢	住所	職業	電話番号	仕送り	仕送り金額				
							有・無	円				
							有・無	円				
							有・無	円				
<p>（宛先）伊那市長</p> <p>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をします。 利用者負担額軽減の決定のために必要があるときは、私（被保険者）及び世帯員に係る収入の情報、住民登録情報及びその他市が保有する情報について、市事務担当者が閲覧することに同意します。 また、当該申請に対する決定事項について、私（被保険者）の介護サービスを提供する事業者に対して、市が本申請書の情報を提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 （被保険者本人） 氏名 電話番号</p>												

（注）伊那市外に固定資産を所有している場合は、当該固定資産税課税台帳の写し、または固定資産税明細書の写しを添付してください。

市 記入欄

受付年月日	備 考	
年 月 日	1 預貯金	過大でない・過大 (350万円以下(1名増加毎、100万円加算) 500万円上限)
	2 世帯非課税	該当・非該当
適用年月日	3 扶養	被扶養者でない・税扶養・医療保険扶養
年 月 日 から	4 活用可能資産	過大でない・過大
	5 年間収入(非課税年金含)	150万円以下(1名増加毎、50万円加算)・過大
有効期限	6 利用者負担段階	( 段階) (2段階、説明文添付) (2段階 80万円以下・3段階① 80万円超120万以下・3段階② 120万円超)
年 月 日 まで	7 生活保護受給	非該当・該当 (認定証黄色)
	8 介護保険料の滞納	無・有
	9 特別地域加算減額	該当・非該当

処理欄	状況調査	確認	システム入力	決定通知	認定証交付(交付年月日)
					( 年 月 日)