

記入例

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）

〇〇年〇〇月〇〇日

申請区分 該当する区分にチェックを付けてください。

- 新規** はじめて社会福祉法人等軽減確認の申請をされる方
- 更新** 引き続き社会福祉法人等軽減確認の申請をされる方

申請日 区役所へ提出する日をご記入ください。

（宛先）さいたま市長
次のおり、申請します。
なお、私及び私の属する世帯員等の収入及び資産等は「収入・資産等申告書」に記載のとおり相違ありません。
また、社会福祉法人等利用者負担軽減制度の対象者確認に必要があるときは、私、私の属する世帯の世帯員等の課税状況、収入状況、介護保険関係情報、生活保護受給情報、老齢福祉年金受給情報、扶養情報及び預貯金並びに有価証券等の残高について、官公署、年金保険者、銀行、信託会社その他の関係機関に照会することに同意します。



重要 この申請に係る審査において、対象者要件に該当することを確認するために、官公署等の関係機関へ照会する場合がございます。そのための同意欄ですので、署名を忘れないようご注意ください。
なお、お預かりした個人情報はこの申請に係る審査の目的以外での利用はいたしません。
※ 筆記用具が持てないなどの理由により、やむを得ず署名ができない場合は、代筆の依頼をしていただいても構いません。

本人同意欄（署名）

被保険者 （被保護者） 氏名（申請者）	フリガナ	被保険者番号				
		性別	男 ・ 女			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	()			
住所	〒					
社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請事由	<input type="checkbox"/> 1 市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当しない者 <input type="checkbox"/> 3 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()					
利用しているサービス	<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護	<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護	<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護			
	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護			
	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 複合型サービス	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護			
	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護福祉施設サービス(特別養護老人ホーム)				
利用しているサービスを提供している事業所の名称等	〒					

被保険者・被保護者

被保険者番号・氏名・住所・電話番号・生年月日・性別をご記入ください。
被保険者の方は介護保険被保険者証（青色）をご確認ください。

申請事由

- 該当する項目に☑をつけてください。
- 1 老齢福祉年金は、明治44年4月1日以前に生まれた方が70歳に達したときなどに受けることができます。
 - 2 年金や給与等による収入がない方。または、年金や給与等の収入があっても市民税が非課税となる方
 - 3 生活保護受給者
 - 4 1及び2、3に該当しない方

利用しているサービス

ご利用しているサービスが複数ある場合は、複数のサービスに☑をつけてください。

事業所の名称等

ご利用しているすべての介護サービス事業所の名称等をご記入ください。
該当する項目に☑をつけてください。

申請書提出者

本人またはご家族様が申請書を提出することができます。
本人またはご家族様が、やむを得ない事情等により申請書の提出ができない場合は担当のケアマネジャーや入所先の施設の相談員等が本人に代わって申請書を市へ提出することができますので、ご相談ください。

収入・資産等に関する申告 別紙「収入・資産等申告書」のとおり

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（下の欄に記入）				
氏名			被保険者（被保護者）との関係		
事業所（者）名 ※ 介護保険事業者のみ	事業所番号		※ 介護保険事業者のみ		
住所	〒				
	電話番号		()		

確認番号		収入基準	適否
要介護度	支 1 2 3 4 5	資産基準	適否
世帯課税状況	課税 非課税	保険料納付状況	未完
生活保護	有 無	税扶養	有 無
老齢福祉年金	有 無	医療保険扶養	有 無



ご不明な点等ございましたら、お住まいの区の区役所高齢介護課までご相談ください。