

令和5年度（2023年8月～2024年7月分）

社会福祉法人等・民間等サービス利用者負担軽減対象確認申請書兼世帯状況等申告書

（社会福祉法人等及び民間軽減協力事業者等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ		個人番号 (マイナンバー)																		
被保険者氏名		以前の申請で個人番号記載										有・無								
		被保険者番号																		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生																
住所	〒 釧路市										Tel		-		-					
申請事由	1. 市民税非課税世帯 (生活保護受給者を除く)										2. 生活保護受給者									

有の方は個人番号の記載は不要です。

(あて先) 釧路市長

この申請に関して保険者が必要とするときは、私を含む同一世帯の市民税世帯課税状況等や銀行、信託会社その他の関係機関に保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めるとに同意します。

また、軽減対象の決定がされた場合、民間事業者等を利用した際の公費負担金の受領に関する権限を利用先の事業所に委任します。

なお、社会福祉法人等及び民間等サービス事業者による負担軽減の申請のため、世帯の状況を申告いたしますが、申告内容に虚偽の記載が認められた場合、軽減措置を取り消されても異議はありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名

代理人 (窓口に来る方)	住所	電話番号									
	氏名	続柄等	生年月日	年	月	日					

※申告内容について問い合わせ先

(被保険者、代理人以外が対応する場合に限り、平日8:50～17:20の間に連絡のつく電話番号を記入してください。)

氏名 続柄等 電話番号

軽減利用する 社会福祉法人・ 民間事業所等		・事業所名()
軽減利用する サービス	居室	・訪問介護 ・(地域密着型)通所介護 ・短期入所生活介護 ・夜間対応型訪問介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・定期巡回、随時対応型訪問介護看護 ・看護小規模多機能型居宅介護 ・訪問型サービス(訪問介護相当) ・通所型サービス(通所介護相当)
	施設	・介護老人福祉施設(旧措置 該・非) ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

◎軽減の対象者 市民税世帯非課税者で、下記1～5をすべて満たす方及び生活保護受給者

- 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下であること
- 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下であること
- 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- 負担能力のある親族等に扶養されていないこと
- 介護保険料を滞納していないこと

市記入欄 (※ここからは記入しないでください)

社福軽減	民間軽減	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	負担限度申請 確認番号()	有()・無
旧措置者	<input type="checkbox"/> 5%以下	<input type="checkbox"/> 実質的負担軽減者以外		
<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 介護度(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	高齢福祉年金受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 居室	<input type="checkbox"/> 施設	()		
氏名 課・収・貯・資・扶・滞				

交付年月日	令和 年 月 日
適用年月日	令和 年 月 日から
有効期限	令和 年 月 日まで

※裏面にも記入欄があります。

/ 送付

令和5年度 世帯状況等 (社会福祉法人等・民間等サービス利用者負担軽減用)

預金通帳等の添付箇所(のり付けしてください)

注) 被保険者を含め、**世帯全員**について記入してください。※の箇所については該当するものに○をつけてください
 なお、各項目の記載欄が足りない場合は、この用紙を追加するか、他の用紙を継ぎ足して使用して構いません。

世帯員氏名(全員)				
個人番号(マイナンバー)				
※令和4年1月～12月のすべての収入についてお答えください。				
1. 収入の有無 ※	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年金など ※ <small>あてはまる年金などの種類に○をつけ、年間の収入合計額を記入してください。</small>	国民年金・厚生年金 共済年金・老齢福祉年金 遺族年金・障害年金・恩給 その他()	国民年金・厚生年金 共済年金・老齢福祉年金 遺族年金・障害年金・恩給 その他()	国民年金・厚生年金 共済年金・老齢福祉年金 遺族年金・障害年金・恩給 その他()	国民年金・厚生年金 共済年金・老齢福祉年金 遺族年金・障害年金・恩給 その他()
	年額 , , 円	年額 , , 円	年額 , , 円	年額 , , 円
給与収入	, , 円	, , 円	, , 円	, , 円
不動産収入	, , 円	, , 円	, , 円	, , 円
営業収入	, , 円	, , 円	, , 円	, , 円
仕送り(もらった額)	, , 円	, , 円	, , 円	, , 円
その他の収入	, , 円	, , 円	, , 円	, , 円
収入合計	, , 円	, , 円	, , 円	, , 円
2. 預貯金等の有無 ※ <small>あてはまる預貯金等の種類に○を付けて、合計額を記入してください。</small>	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※預貯金等のある方は預金通帳等の写しを添付してください(預金通帳の表紙を開いて取扱支店等が記載されている頁と最終の残高が分かる頁(最終記帳日が申請日から2ヶ月以内のもの))				
預貯金額	普通・定期・その他 , , 円	普通・定期・その他 , , 円	普通・定期・その他 , , 円	普通・定期・その他 , , 円
有価証券・債券等の額	, , 円	, , 円	, , 円	, , 円
3. 活用できる資産の有無 ※	※自宅以外で、売却可能な土地等がありますか？			
	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
4. 負担能力のある親族等に扶養されていますか？ ※	扶養されている ・ 扶養されていない			
5. 介護保険料を滞納していますか？ ※	滞納している ・ 滞納していない			

市記入欄 (※ここからは記入しないでください)		1	2	3	4	5
市民税世帯課税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	世帯人数	人	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当
収入基準額	万円 合計		円	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当
預貯金基準額	万円 合計		円			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 課税			<input type="checkbox"/> 課税		
	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 非課税		
	<input type="checkbox"/> 課税			<input type="checkbox"/> 課税		
	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 非課税		