

記入例(おもて)

この様式は、2024年8月からの更新申請、または
2024年8月から2025年7月までの新規申請に使用

令和6年度（2024年8月～2025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	クシロ タロウ	個人番号 (マイナンバー)	012345678901
被保険者氏名	鉦路 太郎	以前の申請で個人番号記載	有・無
		被保険者番号	0000012345
生年月日	明・大(昭) 20年 8月 1日生		
住 所	〒085-0018 鉦路市 黒金町7丁目5番地	TEL 0154 - 〇〇 - 〇〇〇〇	
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。

どちらかに
○をつけて
ください。

(あて先) 鉦路 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
用先先の事業所に委任します。

申請内容に疑義がある場合、軽減該当者であるかどうかの
決定ができませんので、必ず連絡先等のご記入を
お願いいたします。

本人以外の方が代わりに申請する場合には、必ず代理人欄にご記入ください。た場合、軽減措置を取り消されても異議はありません。
代理人(窓口に来る方)⇒実際に来庁(または郵送)する方を指します。

被保険者氏名 鉦路 太郎

代理人 (窓口に来る方)	住所	鉦路市北大通1丁目1番地		
	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	氏名	鉦路 一郎	続柄等	子
	生年月日	S 50年 6月 7日		

軽減利用予定の
法人名、民間事
業所名をすべて
記入してください。

※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 鉦路 花子 続柄等 子の妻 電話番号 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇

軽減利用する 社会福祉法人・ 民間事業所等	事業所名(ヘルパーステーション〇〇、デイサービス△△)
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

居室サービス利用・施設
サービス利用のどちらか
に○をつけた上で(施設
に○をつけた場合、結果
は施設宛てに送付しま
す)、利用予定のサー
ビスすべてに○をつけて
ください。

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

1. 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
2. 年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
3. 生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
4. 能力のある親族等に扶養されていないこと
5. 介護保険料を滞納していないこと

※裏面にも記入欄があります。

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	□ 該当 □ 非該当	負担限度申請 確認番号() 有()・無()
旧措置者	□5%以下	
□要支援1 □要支援2	□介護度	
年 月 日		
生活保護受給	□無 □有	高齢者世帯世帯員
□居室 □施設	()	

記載不要

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

/ 送付

令和6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)

記入例(うら)

の添付箇所(のり付けしてください)

住民票上の同一世帯の方全員分の記入が必要です。

注)被保険者を含め、世帯全員について記入してください。世帯以外の方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、この用紙を複数枚追加するか、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)	釧路 太郎	釧路 花子		
個人番号(マイナンバー)	012345678901123456789012			
※令和5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 ※	国民年金・厚生年金 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 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	1,234,567 円	987,654 円	円	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	1,234,567 円	987,654 円	円	円
2. 預貯金等の有無 ※	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
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。	※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 2,345,678 円	普通・定期 その他 1,456,789 円	預貯金等のある方は、必ずすべての預金通帳等の写しを添付してください。 (定期預金やタンス預金等も含みます)	
有価証券・債券等の額	円	円		
3. 活用できる資産の有無 ※	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※自宅以外で、売却可能な土地等がありますか？				
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)

市民税世帯課税 ☐ 課税 ☐ 非課税 世帯人数 人

収入基準額 万円 合計 円

預貯金基準額 万円 合計

世帯状況	☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 非課税
------	--

1	2	3	4	5
☐ 該当	☐ 該当	☐ 該当	☐ 該当	☐ 該当
	非該当	☐ 非該当	☐ 非該当	☐ 非該当

記載不要