

介護保険 社会福祉法人利用者負担軽減申請書  
(社会福祉法人による利用者負担の減額措置)

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号	0	0					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女						
住所	〒 ー 電話番号 ( )								
利用者負担額 減免申請理由									
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください					
世帯構成	世帯主								
	世帯員								
<p>「食費・居住費に係る減額措置」を受けるには、負担限度額認定を受けていることが前提となります。居宅サービス（ショートステイを除く）のみを利用しているなど、負担限度額認定を申請しない場合は、下記「□」にチェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 「食費・居住費に係る減額措置」を受けないため、負担限度額認定を申請しません。</p>									
<p style="text-align: center;">くすのき広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり社会福祉法人等に係る軽減の申請をします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印 電話番号 ( )</p>									

—————下記の欄は記入しないでください—————

くすのき広域連合記入欄

<input type="checkbox"/> 収入申告書 <input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 年間収入（150万円＋50万円×他の世帯員数）以下 <input type="checkbox"/> 預貯金等（350万円＋100万円×他の世帯員数）以下 [資産] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [扶養] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [滞納] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [生活保護受給] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [負担限度額認定] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 居宅のみ						
決裁日 年 月 日		交付年月日 年 月 日		認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日		收受欄
総務課長	課長代理	主任	本部担当	支所長	支所長代理	支所担当

## 収入申告書

世帯人数		人 (申請者を含む、世帯員全員分をご記入ください)			
氏名					
年中の所得金額 ( 年1月1日～12月31日)					
給与収入 A	収入	円	収入	円	
	所得	円	所得	円	
源泉徴収等の写しを添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/>					
年金の種類 B	( ) 年金		( ) 年金		
	国民年金	年額	円	年額	円
	厚生年金	( ) 年金		( ) 年金	
	共済年金	年額	円	年額	円
	遺族年金	( ) 年金		( ) 年金	
	障害者年金	年額	円	年額	円
	老人福祉年金	合計	円	合計	円
母子年金	課税非課税に関係なく受給している年金をすべて記入してください。				
事業所得 C	収入金額	円	収入金額	円	
	不動産所得	必要経費	円	必要経費	円
	その他所得	所得金額	円	所得金額	円
確定申告書等の写しを添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/>					
収入のない方 D	無職・病気・失業・生活保護 仕送り ( 円) その他 ( )		無職・病気・失業・生活保護 仕送り ( 円) その他 ( )		
	年間収入		円 (A+B+C+D)		
預貯金の額	円		円		
	通帳の写し等を添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/>				
有価証券等	有 ( ) 無		有 ( ) 無		
自宅以外の不動産	有 ( ) 無		有 ( ) 無		
扶養	( ) に扶養されています 扶養されていません		( ) に扶養されています 扶養されていません		
介護保険料	滞納していません		滞納していません		
	滞納しています		滞納しています		
	滞納していますが分納中です		滞納していますが分納中です		

該当する項目を○で囲み、数値等をご記入ください。書類を添付したときは添付確認欄にチェックしてください。

A～Dについて該当する収入がない場合は「0」を入力してください。

上記のとおり相違ありませんので申告いたします。

住 所  
氏 名  
被保険者番号

印 生年月日 明・大・昭 年 月 日