様式第1号（表）

社会福祉法人等介護保険利用者負担軽減対象確認申請書

（社会福祉法人等による介護保険利用者負担の軽減措置）

フリガナ		個人番号	
被保険者氏名		保険者番号	2 3 2 1 1 6
		被保険者番号	
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日		
住　　所	〒 電話番号　　―		
利用者負担額 軽減申請理由			

豊田市長　様

上記のとおり、社会福祉法人等による介護保険利用者負担額の軽減対象の確認を裏面に記載されている書類を添付し申請します。なお、私及び私の世帯員の所得の状況・公的扶助の受給の有無・資産・預貯金等及び扶養者の所得の状況等、確認に必要な事項を調査することに同意します。また、裏面に記載した内容は、事実と相違ありません。もし、事実と相違ある場合は、減額の適用を受けることができなくても異議ありません。

令和　　年　　月　　日

申請者 氏名
（被保険者）

豊田市記入欄

交　付　年　月　日	申　請　番　号	
令和　　年　　月　　日	（所得状況等）	
適　用　年　月　日		
令和　　年　　月　　日から		
有　効　期　限		認定申請
令和　　年　　月　　日まで	対象軽減率　（1/2　1/4）　　非該当	
備考：		□身元確認

～裏面も記入してください～

様式第1号（裏）

社会福祉法人等介護保険利用者負担軽減対象に係る申告書

あなた（介護保険を利用される方）についてお聞きします。<u>1～8すべて</u>にお答えください。

1	あなたの世帯は、市県民税課税世帯ですか （世帯のだれかひとりでも市県民税が課税されていますか）	はい	**いいえ**
2	生活保護受給者ですか	はい	**いいえ**
3	特別養護老人ホームで利用者負担減免を受けていますか （特別養護老人ホーム入所者で個人の利用料負担額が5％以下ですか）	はい	**いいえ**
	はいの場合⇒入所している居室の種類は　ユニット個室　ユニット型準個室　従来個室　多床室		
4	介護保険料の滞納がありますか	ある	**ない**
5	あなたが住んでいる家以外に資産がありますか	ある	**ない**
6	だれかに扶養されていますか（別世帯の方に扶養されている方も含みます）	はい	**いいえ**
	扶養されている場合は、扶養している方のお名前（　　）		

7 あなたを含めた世帯の方全員のお名前と年間の収入額と預貯金額を記入してください

お　名　前	年間収入額	預貯金額等
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
世　帯　合　計	円	円

8

必要経費		
	税金等	円
	社会保険料	円
	介護サービス利用料	円
	その他	円

※年間収入と預貯金額の確認をするため、ご本人様の預貯金通帳の写しが必要です。
<u>**預貯金通帳の表紙**</u>と<u>**直近1年分の残高がわかるページ**</u>をコピーして添付してください。

※市記入欄:	世帯の人数:N
	年間収入額計:150万＋(N−1)×50万以下か（ **はい**　いいえ ）
	預貯金額計　:350万＋(N−1)×100万以下か（ **はい**　いいえ ）