

社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書 (社会福祉法人等による利用者負担の減免措置)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|---|--|--|-------------|---------|---------------|--|--|----|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | 明・大・昭 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 氏 名 | | | | 生 年 月 日 | | | | 性別 | | 預貯金額 | | | | | | | | |
| 世帯構成 | 世帯主 | | | | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | 男・女 | | | | | | | | | |
| | 世帯員 | | | | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | 男・女 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | 男・女 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | 男・女 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | | 男・女 | | | | | | | | | |
| 利用者負担減免 申請要件 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. 市民税世帯非課税者であること 2. 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50万円を加算した金額以下であること 3. 預貯金等の額が350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した金額以下であること 4. 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 5. 負担能力のある親族等に扶養されていないこと 6. 介護保険料を滞納していないこと | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>村山市長 あて 令和 年 月 日</p> <p>上記の申請要件をすべて満たしているため、社会福祉法人等による利用者負担額の減免対象の申請をします。</p> <p style="font-size: small;">※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記入不要</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 電話番号 _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>村山市長 あて 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">同 意 書</p> <p>以下について同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社会福祉法人等利用者負担減免の算定に係る所得段階区分を調査するため、介護保険料賦課台帳及び関係書類を村山市福祉課長が閲覧すること。 2. 減免措置を円滑に行うため、本申請に基づく社会福祉法人等利用者負担減免対象決定内容について、関係する居宅介護支援事業所並びに社会福祉法人等に提示すること。 <p style="text-align: center;">被保険者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ ㊟ _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|------|-----|----------|------|-----|-----|
| 市記入欄 | 氏 名 | 収入種別・収入額 | 課税状況 | 段 階 | 備 考 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |