

介護保険 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

受付印
(申請年月日)

神戸市 区長宛

私は、下記①～⑥が事実であることを確認し、必要書類を添えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減の申請をします。
申請内容の確認のために、税務部局その他の関係機関に必要な照会をすることに同意します。
事実と異なり、要件に当てはまらないことが判明した場合は、軽減確認の承認を取り消されても異議ありません。

令和 年 8 月 1 日以降適用分

- ①私の世帯には、今年度の市民税が課税されている者はいません。
- ②私の世帯の前年中の収入金額は、150万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり50万円を加算した金額）以下です。
- ③私の世帯が保有する預貯金や株式、国債・地方債などの金融資産は350万円（世帯員が2人以上の場合は、2人目から1人あたり100万円を加算した金額）以下です。
- ④私は負担能力のある親族等に扶養されていません。
- ⑤私の世帯では、自らの住まい等、日常生活に供する資産以外に住居や土地など、活用できる資産は保有していません。
- ⑥私は、介護保険料を滞納していません。

被 保 険 者	保険者番号														被保険者番号															
	被保険者氏名													生年月日	明治・大正 昭和	年	月	日												
	住所	〒 —																												

申 請 者	住所	申請日 令和 年 月 日																								
	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ																									
	氏名	本人との関係							電話番号																	

添 付 書 類 確 認 欄	※世帯員（本人含む）全員の、預貯金通帳（コピー）をご用意のうえ、下記の該当する方にチェックをしてください。全員分の預貯金通帳が用意できない場合は、その理由もご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 預貯金通帳（コピー）を、全員分添付しました。	<input type="checkbox"/> 預貯金通帳（コピー）が添付できません。（預貯金通帳が揃わない又は、口座がない世帯員がいる場合も含む） 添付できない理由： _____

神 戸 市 記 入 欄	確 認 事 項	①資格有無		⑥資産要件		決定	令和 年 月 日	決定内容	承認・不承認	入力 コード	
		②世帯課税状況		⑦滞納状況		交付	令和 年 月 日	減額割合	25%・50%		
		③収入要件		⑧生活保護受給		適用	令和 年 月 日	課長	係長	担当	受付
		④預貯金要件		⑨旧措置有無		期限	令和 年 月 日				
		⑤扶養要件		⑩添付書類							