

(様式第2号)

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軽減制度)					
フリガナ		確認番号		※記載不要	
被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日		明・大・昭 年 月 日		性 別 男 ・ 女	
住所					
		氏 名		生年月日	性別 生計中心者に○
世帯構成	世帯主			明・大・昭・平 年 月 日	
	世帯員			明・大・昭・平 年 月 日	
				明・大・昭・平 年 月 日	
				明・大・昭・平 年 月 日	
				明・大・昭・平 年 月 日	
申請理由 ※①または②を○ で囲んでください。		① 市民税世帯非課税であり、以下の対象となる要件に該当するため。 ・単身世帯で年間収入 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。 ・単身世帯で預貯金が 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。 ・居住用資産以外に活用できる資産を所有していないこと。 ・負担能力のある親族に扶養されていないこと。 ・介護保険料を滞納していないこと。 ② 生活保護を受けているため。			
大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様					
上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。					
年 月 日					
住 所 電話番号					
申請者 氏 名 (本人との続柄：)					

※ 申請理由が②の方は、生活保護を受けていることの証明書のみ添付してください。

介護保険 事務所 記入欄	添付書類 ☐ 収入状況申告書 ☐ 同意書 ☐ 健康保険証の写し ☐ 預貯金通帳の写し等 ☐ 生活保護を受けていることの証明書 ☐ その他 () ()			《入力者印》	《窓口受付印》
	交付年月日	年 月 日	適用期間	年 月 日～ 年 月 日	

同 意 書

介護保険社会福祉法人等による利用者負担額の軽減等決定のためには必要があるときは、私及び私の属する世帯全員及び扶養者（以下「私等」という。）の収入又は資産の状況について、官公署に調査を囑託し、若しくは金融機関、信託会社その他の機関又は私等の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

（被 保 険 者）

住 所 _____

氏 名 _____

（世 帯 員）

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

（扶養義務者及び旧世帯員）

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

※署名において児童・学生等は除く。