（様式第 １ 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の軽減制度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 | |  | | 確認番号 | | | |  | |  | |
|  | |
| 被保険者番号 | | | |  | | | |
| 生 年 月 日 | |  | | 性　別 | |  | | |  | |  |
| 住　　　所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | |
| 利用者負担額  軽減申請理由 | |  | | | | | | | | | |
|  | | 氏　　　名 | 氏　　　名 | | | | | | | | |
|  | 世帯主 |  | 世帯員 | | | |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 世帯員 |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 扶養者 | |  |  | | | | | | | | |
| 愛別町長　　様 | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減の申請をします。 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 年　　　 月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 申請者　　　住所 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 電話番号 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同　　　　　意　　　　　書  上記の申請にあたり、私及び私の世帯に属する者及び扶養者（以下「私等」という。）の課税状況、収入額、預貯金額、  資産内容、扶養状況、公的年金等の受領額等について、愛別町が官公署、銀行、信託会社、私等の雇用主その他の関係  人（以下「官公署等」という。）に報告を求めることに同意します。また、愛別町の報告要求に対し、官公署等が報告すること  について、私等が同意している旨を官公署等に伝えて構いません。  申請者 |

愛別町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 税務住民課確認欄（　　　　　年　　　　月　　　日） |
| 年　　　月　　　日 | 扶養状況の確認  　　　（扶養有無）　　有　・　無  市町村民税課賦課の確認  　　　（世帯）　　課　税　・　非課税　・　未申告　・　未確定  　　　（扶養者）　　課　税　・　非課税　・　未申告　・　未確定  年間収入の確認  　（世帯計）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  資産の確認  （持ち家及び宅地の有無）　　有　・　無  （上記以外の資産の有無）　　有　・　無 |
| 適用年月日 |
| 年　　　月　　　日から |
| 有効期間 |
| 年　　　月　　　日まで |
| 上記同意に基づき、申請者等の課税状況等について確認しました。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取扱者： | |

**〔注　意〕**

**１　減免対象者とは、要介護被保険者等(旧措置入所者で利用者負担割合が５％以下の者を除く)**

**のうち、下記に該当する方をいいます。**

●市町村民税非課税世帯に属し、次の要件の全てを満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等

を総合的に勘案し、生計が困難な者として町長が認めた者及び生活保護受給者とする。

①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50万円を加算した額以下であること。

②預貯金等の額が単身世帯で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。

③世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない

こと。

④負担能力のある家族等に扶養されていないこと。

⑤介護保険料を滞納していないこと。

**２　上記１の申請内容を確認するために、別紙申告書（様式第１号の２）に次の資料を添えて申請して下さい。**

　　●収入に関する証明（申請時の前年１月～12月までの収入。但し、１月から７月までの申請においては前々年の収入）

　　　①年金、恩給、勤労所得など

　　　　本人の受給している年金等の前年分年金等の源泉徴収票、振込金融機関通帳、支払通知書、振込通知書、裁定

通知書等の写し

　　　②財産収入、利子配当収入、その他の収入

　　　　前年分所得額の確定申告書（更正、修正も含む）の控、課税証明書又は決定通知書

　　●預貯金に関する証明（申請時の前年１月～12月までの預貯金。但し、１月から７月までの申請においては前々年

の預貯金）

　　 ①預金通帳の写し

**３　この申請により認定された場合の減免内容とその割合は、次のとおりです。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **対象サービス** | **軽減対象費用** | **軽減割合** |
| **訪問介護** | ・利用者負担額 | 1／4  ※老齢福祉年金受給者1／2 |
| **通所介護** | ・利用者負担額及び日常生活費（食費のみ） |
| **地域密着型通所介護** | ・利用者負担額及び日常生活費（食費のみ） |
| **第１号訪問事業** | ・利用者負担額 |
| **第１号通所事業** | ・利用者負担額及び日常生活費（食費のみ） |
| **短期入所生活介護** | ・利用者負担額(高額介護サービス費控除後)及び日常生活費（食費及び滞在費のみ）  ・生活保護受給者は、日常生活費(居住費のみ) |
| **介護福祉施設サービス** | ・利用者負担額(高額介護サービス費控除後)及び日常生活費（食費及び居住費のみ）  ・生活保護受給者は、日常生活費(居住費のみ) |

★この申請書の提出及びお問い合わせについては、下記までお願いします。

役場保健福祉課　介護保険係　TEL　６－５１１１（内線１４４）