

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度)

記入例

大崎市長 様

下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度の対象確認申請をします。

											申請年月日		令和 年 月 日			
被 保 険 者	被保険者番号		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	性 別	男 ・ 女		
	フリガナ		オオサキ イチロウ											明治		
	氏 名		大崎 市郎											大正 2年 3月 4日 昭和		
	住 所		〒989-1234 大崎市古川七日町1-1										電話番号 0229(12)3456			
利用者負担額 軽減申請理由		世帯員全員が市町村民税非課税であり特に生計が困難なため														

※申請者が本人の場合は、記入不要です。本人・同一世帯員以外の代理の人が申請するときは委任状が必要です。

申 請 者	☐ 本人	氏名 大崎 市子	被保険者との関係	長 女
	☐ 同一世帯員	住所 989-2345 大崎市古川台町1-1	電話番号 0229(12)7890	
	☒ 代理人			

※4月から申請日まで（申請日が4～6月の場合は前年の4月から申請日まで）の世帯員について記入してください。4月以降転出・転入した方も併せて記入（転出入欄も記入）してください。

世 帯 員 の 状 況	氏 名	続柄	性別	年齢	生 年 月 日	転 出 入
	大崎 市江	妻	女	82	昭和5. 6. 7	年 月 日転出・転入
	大崎 次郎	長男	男	58	昭和29. 7. 7	年 月 日転出・転入
	大崎 次子	嫁	女	60	昭和27. 7. 6	年 月 日転出・転入
						年 月 日転出・転入
						年 月 日転出・転入

以下は市が記入する欄なので記入しないでください。

交 付 年 月 日	確 認 事 項	
年 月 日	☐ 認 定	
適 用 年 月 日	①利用者負担段階 （ 第1段階 第2段階 第3段階 ）	
年 月 日から	②助成割合 （1／4 1／2 生保（居住費・滞在費の全額）	
有 効 期 限	☐ 却 下	
年 月 日まで	① 本人課税・世帯課税 ② 収入要件・資産要件	
	③ 課税者の扶養 ④ 介護保険料の滞納	

※ 申請者が代理人の場合に記入してください。

委 任 状

委任された者（代理人）

住所 **大崎市古川台町1-1**

氏名 **大崎 市子**

私は、上記の者を代理人と定め、社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度等の対象確認申請に関する一切の件を委任します。

令和 ●年 ●月 ●日

委任する者（申請者）

住所 **大崎市古川台町1-1**

氏名 **大崎 市郎**

成年後見人が申請する場合には本人の申請とみなしますので、委任状は必要ありません。

収 入 申 告 書

大崎市長 様

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度等の対象確認申請をするにあたり、収入状況について以下のとおり申告します。

●被保険者及び世帯員に収入のある人はいますか？

1 います 2 いません

●「1 います」に○をつけた場合、以下の該当する部分について記入してください。

1 給与収入

給与収入を得ている人の氏名	仕事の内容及び勤め先(会社名)	前3ヶ月分収入額			年額収入見込額 (4月～3月)
		7月分	8月分	9月分	
大崎 次郎	〇〇株式会社	12万	12万	15万	1,560,000
		(12万 + 12万 + 15万) ÷ 3ヶ月 × 12か月			

2 年金・恩給等による収入

年金・恩給等により収入を得ている人の氏名	年金・恩給等の種類 (該当するものを○で囲んでください)	収入月額	年額収入見込額 (4月～3月)
大崎 市郎	国民年金・厚生年金・共済年金・老齢福祉年金・恩給・遺族年金・障害年金・児童手当・児童扶養手当・特別児童扶養手当・失業保険その他()		780,000
大崎 市江	国民年金・厚生年金・共済年金・老齢福祉年金・恩給・遺族年金・障害年金・児童手当・児童扶養手当・特別児童扶養手当・失業保険その他()	30,000	365,000

年金額改訂通知書が無い場合には、通帳の振込額から年額を割り出します。介護保険料が天引きされている場合には介護保険料を加えます。

年金額改訂通知書で年額が分かる場合には通知書に記載されている金額を記入します。

裏面もご記入ください

3 農業・事業による収入

収入を得ている人の氏名	農業・事業の内容	区 分	前3ヶ月分収入額			年額収入見込額 (4月～3月)
			月分	月分	月分	
大崎 次郎	農業・田	売 上				500,000
		必要経費				450,000
		必要経費の種類・内容	令和4年中所得申告より			
収入を得ている人の氏名	農業・事業の内容	区 分	前3ヶ月分収入額			年額収入見込額 (4月～3月)
			月分	月分	月分	
		売 上				
		必要経費				
		必要経費の種類・内容				
収入を得ている人の氏名	農業・事業の内容	区 分	前3ヶ月分収入額			年額収入見込額 (4月～3月)
			月分	月分	月分	
		売 上				
		必要経費				
		必要経費の種類・内容				

4 仕送り・贈与等による収入

仕送り・贈与等を行った人の氏名	住 所	年額収入見込額
大崎 三郎	〒123-4567 東京都豊島区一丁目	240,000
	〒 —	

5 その他(1～4以外)の収入

収入を得る人の氏名	収入の内容	年額収入見込額

資産・扶養状況申告書

大崎市長 様

社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度等の対象確認申請をするにあたり、資産・扶養状況について以下のとおり申告します。

1 不動産所有状況

土地	① 被保険者及び世帯員	収入ありの場合は記入しないでください。		土地はありますか。
	① <u>あり</u>			
	② ①で「1 あり」に○をつけた場合、その土地は収入を得るために所有しているものですか。	1 収入あり 2 収入なし(所有目的: <u>相続したもの</u>)		
	③ ②で「1 収入なし」に○をつけた場合、その土地について記入してください。			
	種 類	所有者氏名	所在地	固定資産税の評価額
	1 宅地	大崎 市郎	〇〇〇1-5	100,000
	2 田畑			
	③ その他(山林)			
	1 宅地			
	2 田畑			
	3 その他()			
家屋	① 被保険者及び世帯員が居住用以外の目的で所有している家屋はありますか。	1 あり 2 なし		
	② ①で「1 あり」に○をつけた場合、その家屋は収入を得るために所有しているものですか。	1 収入あり 2 収入なし(所有目的:)		
	③ ②で「1 収入なし」に○をつけた場合、その家屋について記入してください。			
		種 類	所有者氏名	所在地
	1 店舗・事務所			
	2 共同住宅・貸家			
	3 その他()			
	1 店舗・事務所			
	2 共同住宅・貸家			
	3 その他()			

2 預貯金及び有価証券等

預貯金	① 被保険者及び世帯員に預貯金をお持ちの人はいますか。	1 います 2 いません		定期預貯金も含みます。
	② ①で「1 います」に○をつけた場合、預貯金について記入してください。			
	預貯金額	金融機関等	口座名義人	
	1,000,000	〇〇銀行〇〇支店	大崎 市郎	
	1,500,000	〇〇信金〇〇支店	大崎 市江	
	2,500,000	〇〇農協〇〇支店	大崎 次郎	
	500,000	〇〇銀行〇〇支店	大崎 次子	

裏面もご記入ください

有価証券	① 被保険者及び世帯員に有価証券をお持ちの人はいますか。 1 います ② いません			
	② ①で「1 います」に○をつけた場合、有価証券について記入してください。			
	種 類	額 面	市場価格	所有者

3 その他の資産

その他の資産	① 被保険者及び世帯員に不動産・預貯金及び有価証券以外の高額な資産をお持ちの人はいますか。 1 います ② いません	
	② ①で「1 います」に○をつけた場合、資産について記入してください。	
	資産の所有者	資産の内容

4 世帯外からの扶養状況

市区町村民税	① 被保険者本人が市区町村民税の配偶者(特別)控除、扶養控除の対象になっていますか。 ① なっています 2 なっていません			
	② ①で「1 なっています」に○をつけた場合、その扶養者と同じ居していますか。 ① 同じ居しています(扶養者氏名: 大崎 次郎) 2 同じ居していません			
	③ ②で「2 同じ居していません」に○をつけた場合、扶養者の氏名・生年月日・住所・続柄及び扶養者が市区町村民税を課税されているかどうか記入してください。			
	氏名		生年月日	
	住所	〒 —		
健康保険	続柄		市区町村民税課税状況	課税・非課税(該当するほうに○)

別紙

同 意 書

私（たち）は社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度等の対象確認申請の確認のために必要がある場合には、資産状況について貴職が調査することに同意します。

令和 ●年 ●月 ●日

大崎市長 様

住所 **大崎市古川七日町1-1**

氏名 **大崎 市郎**
(電話 **0229-12-3456**)

氏名 **大崎 次郎**

氏名

氏名

氏名

氏名

※ 同居家族で資産を所有する方にそれぞれ署名をお願いします。